□ 특약 적용에 관한 사항

특약명칭	적용방법
무배당 기업복지라이프플랜 재해장해보장특약	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체일반사망특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체산업재해보장특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체고도장해보장특약(G1.2)(1종)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체고도장해보장특약(G1.2)(2종)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체뇌출혈치료특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체급성심근경색증치료특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체성인병보장특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체재해입원특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체수술보장특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체재해사망특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체재해의료보장특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체암치료특약(G1.2)(1종)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체암치료특약(G1.2)(2종)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체갑상선암치료특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체간호비보장특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체입원특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체질병입원특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체산업재해사망특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

특약명칭	적용방법
무배당 단체암직접치료입원특약(G1.2)(1종)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체암직접치료입원특약(G1.2)(2종)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체첫날부터입원특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체실손의료비보장특약(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.
무배당 단체실손의료비보장특약Ⅱ(G1.2)	이 특약은 계약자의 선택에 의하여 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

무배당 기업복지라이프플랜보험 보통보험약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

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

제 2 조 용어의 정의

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 보험기간 중 재해가 발생하고 피보험자가 그 재해를 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해사망보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 제3조(보험금의 지급사유) '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.

다만, 제1호가 제3조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 재해를 직접적인 원인으로 실종선고를 받은 경우에 한하며, 제2호가 제3조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 수해, 화재나 그 밖의 재난을 원인으로 재해가 발생하여 사망한 것으로 통보하는 경우에 한합니다.

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

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 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

제 6 조 보험금 지급사유의 발생통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류(재해사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 9 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 10 조 주소변경통지

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

제 11 조 보험수익자의 지정

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 12 조 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 연대(連帶)로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조 계약 전 알릴 의무

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

제 14 조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

   다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

제 15 조 사기에 의한 계약

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조 보험계약의 성립

① 계약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 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.

제 17 조 청약의 철회

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약
2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우

【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 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약철회를 신청할 수 있습니다.

③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 <u>납입한 보험료 전액을 돌려드리며,</u> 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 '보험계약대출이율'이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 18 조 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 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거

나 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 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 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 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 19 조 계약의 무효

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

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. 【2015년 3월 11일 이전 계약】
   만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
   【2015년 3월 12일 이후 계약】
   만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자(心神薄弱者)가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

「2015년 3월 11일 이전 계약」으로 심신박약자의 사망을 보장하는 계약은 상법 제732조에 따라 무효가 됩니다. 그러나 「2015년 3월 12일 이후 계약」은, 2015년 3월 12일부터 시행되는 상법 제732조의 개정 규정이 적용되므로, 심신박약자의 사망을 보장하는 계약이라도 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 유효한 계약이 됩니다.

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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자, 심신박약자】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력

이 없거나 부족한 자

제 20 조 계약내용의 변경 등

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

1. 보험료의 납입주기, 납입방법
2. 보험가입금액
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

⑥ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 21 조 피보험자의 변경

① 계약자가 보험료를 전액 부담하는 경우 다음의 사유로 피보험자가 사망 또는 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다. 이 경우 보험계약의 성립은 제16조(보험계약의 성립)를 준용합니다.

1. 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하는 경우
2. 피보험자가 퇴직 등의 사유로 해당 단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항의 경우 새로운 피보험자는 변경 전 피보험자와 같은 성(性)에 한합니다.

③ 회사는 새로운 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우 피보험자의 변경에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.

④ 제1항의 경우 변경 전 피보험자는 제23조(계약의 소멸) 제2항 및 제3항에도 불구하고 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.

⑤ 제1항의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

⑥ 제4항의 경우 변경 후 피보험자에 대한 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 합니다.

⑦ 피보험자 변경의 신청 및 승낙에 있어서는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항 내지 제5항을 준용합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 이 보험에 남·여 성별 단일보험료가 아닌 특약이 부가된 경우에는 피보험자를 변경할 수 없습니다.

제 22 조 보험나이 등

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고

6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】 생년월일:1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일 ⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제 23 조 계약의 소멸

① 이 계약에서 보장하는 재해사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 제21조(피보험자의 변경)에 따라 피보험자를 변경하는 경우에는 그러하지 않습니다.
③ 피보험자가 퇴직 등으로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우에는 제21조(피보험자의 변경)에 따라 피보험자를 변경할 수 있습니다. 다만, 피보험자를 변경하지 않은 경우에는 탈퇴전에 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)의 다음날부터 이 계약은 효력이 없습니다.

제 24 조 계약자의 권리행사

피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 계약은 피보험자가 제20조(계약내용의 변경 등), 제30조('계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권') 제1항의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 25 조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
② 회사가 보험기간 중 추가 가입자에 대하여는 최초의 보험료를 받은 때부터 계약단체의 계약상의 잔존기간에 대하여 보장을 합니다.
③ 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.

④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. **제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우**
2. **제14조(계약 전 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 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 회사는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료는 돌려 드리며,

보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 26 조 보험료의 계산 및 제2회 이후 보험료의 납입

① 계약체결시 보험료는 피보험자의 성별·나이별로 계산한 보험료를 합하여 계산합니다. 다만, 단체 또는 단체의 대표자가 보험료를 전액 부담하는 경우에는 계약자와 회사와의 협의에 의해 피보험단체의 총 계약보험가입금액에 다음과 같은 평균보험요율 또는 평균나이보험요율을 곱하여 계산한 보험료(남자,여자)를 적용할 수 있습니다.

1. 평균보험요율은 계약체결시 회사의 보험요율표에 따라 각 피보험자별로 계산한 보험료의 합계액을 각 피보험자에 대한 계약보험가입금액의 합계액으로 나누어 결정하며, 평균나이보험요율은 계약체결시 피보험단체의 평균나이에 해당하는 회사의 보험요율표에 따라 결정합니다.
2. 제1호의 평균보험요율 또는 평균나이보험요율은 동일보험년도 중에는 변경하지 않습니다. 그러나, 피보험자수의 증감, 계약보험가입금액의 증액 및 감액 또는 피보험단체의 변동에 의하여 회사가 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 변경할 수 있습니다.

② 계약자는 제2회 이후의 보험료를 피보험자가 피보험단체에 소속되어 있는 동안 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

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

③ 보험료를 선납할 경우에는 3개월분 이상의 보험료를 선납할 때에 한하며, 선납보험료는 이 보험의 표준이율로 할인하여 영수합니다.

제 27 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 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 다음 날에 계약이 해지된다는 내용**

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 알려드립니다.

제 28 조 보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)

① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지된 경우 계약자는 해지계약의 보험기간 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.

⑤ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제25

조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
⑥ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 29 조 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 제20조(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.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 30 조 '계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 이 경우 계약이 해지됩니다.

제 31 조 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.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 32 조 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.

제 33 조 해지환급금

이 계약에서 해지환급금은 없습니다.

제 34 조 보험계약대출

이 계약에서는 보험계약대출을 행하지 않습니다.

제 35 조 배당금의 지급

이 보험은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 36 조 분쟁의 조정

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

제 37 조 관할법원

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

제 38 조 소멸시효

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 39 조 약관의해석

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.

제 40 조 회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 41 조 회사의 손해배상책임

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급거절 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 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 42 조 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.

제 43 조 준거법

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법

령을 따릅니다.

제 44 조 예금보험에 의한 지급보장

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

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준: 보험가입금액 100만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재해사망보험금	보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 피보험자가 사망한 경우	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
재해사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제38조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 (단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)' 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당되는 질병

※ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

※ 감염병에 관한 법률이 제 · 개정될 경우, 보험사고 발생당시 제 · 개정된 법률을 적용합니다.

무배당 기업복지라이프플랜 재해장해보장특약 약관[본인형,가족형]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 변경은 다음과 같습니다.

   [본인형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   (2) 주계약의 피보험자가 변경되었을 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (3) '(2)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
   (4) '(2)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

   [가족형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다.), 자녀(직계비속을 포함) 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제자매 중 특약체결시 계약자가 선택한 자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
   (5) 피보험자가 사망한 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (6) '(5)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.

(7) '(5)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: 별표 4 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 재해분류표(별표 3 참조)에서 정하는 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표(별표 4 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 「동일한 재해」로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 뺀 금액을

지급합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위를 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【제4조 제7항 제1호 관련 사례】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%) 지급하는 재해장해급여금?

⇒ 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 뺀 10%에 해당하는 재해장해급여금을 지급합니다.

【제4조 제7항 제2호 관련 사례】

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 재해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우 지급하는 재해장해급여금?

⇒ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 20%에 해당하는 재해장해급여금을 지급합니다.(이 특약은 재해로 인한 장해를 보장하며 질병으로 인한 장해지급률 15%는 지급하지 않습니다)

※ 재해장해급여금은 보험가입금액×지급률로 계산하여 지급합니다.

⑧ 「동일한 재해」로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 있어서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 장해분류표(별표 4 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(별표 4 참조)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 경우 에는 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

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의

인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 8 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 가족형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

4. 가족형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 '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.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이

종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형] '(2)' 및 [가족형] '(5)'에 따라 이 특약의 피보험자를 변경하는 경우에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 특약의 보장개시

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 15 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 16 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 18 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 19 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 20 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재 해 장 해 급 여 금	보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표(별표 4 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	특약가입금액 × 장해지급률

주) 「동일한 재해」로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
재해장해급여금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

【 별표 4 】

장해분류표

1 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정한다.

2. 신체부위

‘신체부위’라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 두 눈이 멀었을 때	100
2. 한 눈이 멀었을 때	50
3. 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4. 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5. 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6. 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7. 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8. 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10. 한 눈의 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 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 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 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) '시야가 좁아진 때'라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 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

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 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 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 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 장해의 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

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.

3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

③ 지름 5cm 이상의 조직함몰

④ 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

③ 지름 2cm 이상의 조직함몰

④ 코의 1/4 이상 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

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

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 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

3) 심한 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

4) 뚜렷한 운동장해

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1, 2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 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 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로

인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 같은 부위로 한다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 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

장해의 분류	지급률
1. 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2. 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6. 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8. 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9. 한 팔의 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 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.

4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장해 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 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 정상 운동범위의 1/4 이하로 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 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) '약간의 장해'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) '가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 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 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2. 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6. 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8. 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9. 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10. 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11. 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12. 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 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) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회 (A.M.A.) '영구적 신체장해 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 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 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장해'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) '약간의 장해'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

7) '가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 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 경골 내측과 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 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2. 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3. 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4. 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5. 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6. 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 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 먼 쪽으로 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 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1. 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2. 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3. 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4. 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5. 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6. 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7. 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) '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 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.

4) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 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 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은

① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은

① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 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 1/2 이상이 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

장해의 분류	지급률
1. 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2. 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3. 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 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 기본동작 중 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 신체 부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그중 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 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 위의 정신행동장해지급률에 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. 다만, 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 임상심리전문가가 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(뇌SPECT 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 3분 이상 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

유 형	제한 정도에 따른 지급률
이 동 동 작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 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 섭 취	- 식사를 전혀 할 수 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%)
배 변· 배 뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 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 대소변 후 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%)
목 욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 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%)
옷 입고 벗 기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

무배당 단체일반사망특약(G1.2)[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급합니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 일반사망보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

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

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   나. 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 일반사망보험금을 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

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 8 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 일반사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우

2. 피보험자가 사망한 경우

3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
일반사망보험금	피보험자가 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망한 경우	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
일반사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

무배당 단체산업재해보장특약(G1.2) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
      (1) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 하되 '산업재해보상보험법'의 적용을 받는 단체에 속한 자로 합니다.
      (2) 주계약의 피보험자가 변경되었을 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
      (3) '(2)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
      (4) '(2)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 산업재해: 산업재해보상보험법상의 '업무상의 재해'를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 산업재해가 발생하고 그 산업재해를 직접적인 원인으로 신체장해등급표(별표 3 참조) 중 제1급 내지 제14급의 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 산업재해장해급여금(별표 1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해상태의 등급이 산업재해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 산업재해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정합니다.

③ 제2항에 따라 장해상태의 등급이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 산업재해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해등급을 결정합니다.

④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보험기간 중 동일한 산업재해를 직접적인 원인으로 두 종목 이상의 장해를 입었을 경우 근로복지공단에서 최종 결정한 장해등급에 따라 지급합니다.

⑤ 제4항에 정한 산업재해장해급여금의 지급사유가 다른 산업재해를 직접적인 원인으로 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해장해급여금을 보험수익자에게 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때는 새로이 발생된 장해에 해당하는 산업재해장해급여금에서 이미 지급한 산업재해장해급여금을 뺀 금액을 드립니다.

⑥ 제4항에 있어서 그 산업재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제5항에 정하는 장해상태가 발생되었을 때에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대하여는 이미 산업재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 제5항 후단(後段)을 적용합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 산업재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 제1호 이외에 이 특약에 의하여 산업재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 산업재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑦ 제4항 내지 제6항에도 불구하고 산업재해장해급여금의 지급액 한도는 산업재해를 직접적인 원인으로 신체장해 등급표에서 정하는 제1급 및 제2급의 장해상태가 되었을 경우 지급하는 산업재해장해급여금의 지급액으로 합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 8 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 산업재해장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우 또는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
3. 피보험자가 산업재해보상보험법의 적용을 받는 단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호의 '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.

③ 제1항 제2호 내지 제3호의 경우 주계약의 피보험자 변경규정에 의하여 피보험자가 변경된 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

④ 해당 단체에서 퇴직 등의 사유가 발생하여 개별계약으로 전환하는 경우에도 이 특약은 개별계약으로 전환할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
산업재해장해급여금	보험기간 중 피보험자에게 산업재해가 발생하고 그 산업재해를 직접적인 원인으로 신체장해등급표 중 제1급 내지 제14급의 장해상태가 되었을 경우	장해등급에 따라 아래 금액을 지급 제 1~2급 : 1,000만원 제 3~5급 : 700만원 제 6~8급 : 500만원 제 9~11급 : 300만원 제 12~14급 : 150만원

주) 산업재해장해급여금의 지급액 한도는 산업재해를 직접적인 원인으로 신체장해등급표에서 정하는 제1급 또는 제2급의 장해상태가 되었을 경우 지급하는 산업재해장해급여금의 지급액으로 합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
산업재해장해급여금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

신체장해 등급표

등급	신 체 장 해
제1급	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 씹는 기능을 모두 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 5. 두 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 6. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 7. 두 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 8. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 9. 진폐의 병형이 제1형 이상이면서 동시에 심폐기능에 고도 장해가 남은 사람
제2급	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02 이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람 6. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
제3급	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 평생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 평생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람 6. 진폐증의 병형이 제1형 이상이면서 동시에 심폐기능에 중등도 장해가 남은 사람
제 4 급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한쪽 팔을 팔꿈치관절 이상의 부위에서 잃은 사람 5. 한쪽 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 두 발을 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람
제 5 급	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한쪽 팔을 손목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 3. 한쪽 다리를 발목관절 이상의 부위에서 잃은 사람 4. 한쪽 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한쪽 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부 장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 쉬운 일 외에는 할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 쉬운 일 외에는 할 수 없는 사람 9. 진폐증의 병형이 제4형이면서 동시에 심폐기능에 경도장해가 남은 사람

등급	신 체 장 해
제6급	1. 두 눈의 시력이 각각 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 두 귀의 청력이 모두 귀에 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 한쪽 귀가 전혀 들리지 않게 되고 다른 쪽 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 척주에 극도의 기능장해나 고도의 기능장해가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장해가 남은 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 2개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 2개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 8. 한쪽 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째 손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
제7급	1. 한쪽 눈이 실명되고 다른 쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 3. 한쪽 귀가 전혀 들리지 않게 되고 다른 쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람 5. 흉복부 장기의 기능에 장해가 남아 쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째 손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한쪽 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째 손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 8. 한쪽 발을 리스프랑관절 이상의 부위에서 잃은 사람 9. 한쪽 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 10. 한쪽 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 11. 두 발의 발가락을 모두 제대로 못 쓰게 된 사람 12. 외모에 극도의 흉터가 남은 사람 13. 양쪽의 고환을 잃은 사람 14. 척주에 극도의 기능장해나 고도의 기능장해가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 중등도의 기능장해나 극도의 변형장해가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장해가 남은 사람 15. 진폐증의 병형이 제1형·제2형 또는 제3형이면서 동시에 심폐기능에 경도 장해가 남은 사람
제8급	1. 한쪽 눈이 실명되거나 한쪽 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척주에 극도의 기능장해가 남은 사람, 척주에 고도의 기능장해가 남고 동시에 중등도의 척추신경근 장해가 남은 사람, 척주에 중등도의 기능장해나 극도의 변형장해가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 경미한 기능장해나 중등도의 변형장해가 남고 동시에 극도의 척추 신경근장해가 남은 사람 3. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째 손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 5. 한쪽 다리가 5센티미터 이상 짧아진 사람 6. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람 8. 한쪽 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한쪽 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한쪽 발의 5개의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람

등급	신 체 장 해
제9급	1. 두 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 모두 반맹증 또는 시야협착이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코에 고도의 결손이 남은 사람 6. 말하는 기능과 씹는 기능에 장해가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 8. 한쪽 귀의 청력이 귀에 대고 말하지 아니하면 큰 말소리를 알아 듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9. 한쪽 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10. 한쪽 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째 손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한쪽 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한쪽 발의 발가락을 모두 제대로 못 쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부 장기의 기능에 장해가 남아 노무가 상당한 정도로 제한 된 사람 17. 척주에 고도의 기능장해가 남은 사람, 척주에 중등도의 기능장해나 극도의 변형장해가 남고 동시에 중등도의 척추 신경근장해가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장해나 중등도의 변형장해가 남고 동시에 고도의 척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 극도의 척추 신경근장해가 남은 사람 18. 외모에 고도의 흉터가 남은 사람 19. 진폐증의 병형이 제3형 또는 제4형이면서 동시에 심폐기능에 경미한 장해가 남은 사람
제10급	1. 한쪽 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 3. 코에 중등도의 결손이 남은 사람 4. 말하는 기능 또는 씹는 기능에 장해가 남은 사람 5. 14개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 6. 한 귀의 청력이 귀에 대고 말하지 않으면 큰 말소리를 알아듣지 못 하게 된 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 척주에 중등도의 기능장해가 남은 사람, 척주에 극도의 변형장해가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장해나 중등도의 변형장해가 남고 동시에 중등도의 척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 고도의 척추 신경근장해가 남은 사람 9. 한쪽 손의 둘째 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 잃은 사람 10. 한쪽 손의 엄지손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 둘째 손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락외의 3개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 11. 한쪽 다리가 3센티미터 이상 짧아진 사람 12. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외의 4개의 발가락을 잃은 사람 13. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 14. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람

등급	신 체 장 해
제11급	1. 두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남거나 또는 뚜렷한 운동기능 장해가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부가 결손된 사람 4. 한쪽 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 6. 두 귀의 귓바퀴에 고도의 결손이 남은 사람 7. 척주에 경도의 기능장해가 남은 사람, 척주에 고도의 변형장해가 남은 사람, 척주에 경미한 기능장해나 중등도의 변형장해가 남고 동시에 경도의 척추 신경근장해가 남은 사람 또는 척주에 중등도의 척추 신경근장해가 남은 사람 8. 한쪽 손의 가운데손가락 또는 넷째 손가락을 잃은 사람 9. 한쪽 손의 둘째 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 10. 한쪽 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 11. 흉복부 장기의 기능에 장해가 남은 사람 12. 10개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 13. 외모에 중등도의 흉터가 남은 사람 14. 두 팔의 노출된 면에 극도의 흉터가 남은 사람 15. 두 다리의 노출된 면에 극도의 흉터가 남은 사람 16. 진폐증의 병형이 제1형 또는 제2형이면서 동시에 심폐기능에 경미한 장해가 남는 사람, 진폐증의 병형이 제2형·제3형 또는 제4형인 사람
제12급	1. 한쪽 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남거나 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 2. 한쪽 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람 3. 한쪽 눈의 눈꺼풀의 일부가 결손된 사람 4. 7개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 5. 한쪽 귀의 귓바퀴에 고도의 결손이 남은 사람 또는 두 귀의 귓바퀴에 중등도의 결손이 남은 사람 6. 코에 경도의 결손이 남은 사람 7. 코로 숨쉬기가 곤란하게 된 사람 또는 냄새를 맡지 못하게 된 사람 8. 쇄골, 흉골, 늑골, 견갑골 또는 골반골에 뚜렷한 변형이 남은 사람 9. 한쪽 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 10. 한쪽 다리의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 11. 장관골에 변형이 남은 사람 12. 한쪽 손의 가운데손가락 또는 넷째 손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 13. 한쪽 발의 둘째 발가락을 잃은 사람 또는 둘째 발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락 이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 14. 한쪽 발의 엄지발가락 또는 그 외에 4개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 15. 국부에 심한 신경증상이 남은 사람 16. 척주에 경미한 기능장해가 남은 사람, 척주에 중등도의 변형장해가 남은 사람 또는 척주에 경도의 척추 신경근장해가 남은 사람 17. 두 팔의 노출된 면에 고도의 흉터가 남은 사람 18. 두 다리의 노출된 면에 고도의 흉터가 남은 사람

등급	신 체 장 해
제13급	1. 한쪽 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한쪽 눈에 반맹증 또는 시야협착이 남은 사람 3. 한쪽 귀의 귓바퀴에 중등도의 결손이 남은 사람 또는 두 귀의 귓바퀴에 경도의 결손이 남은 사람 4. 5개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 5. 한쪽 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한쪽 손의 엄지손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한쪽 손의 둘째 손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 둘째 손가락 끝관절을 굽혔다 폈다 할 수 없게 된 사람 9. 한쪽 다리가 다른 쪽 다리보다 1센티미터 이상 짧아진 사람 10. 한쪽 발의 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11. 한쪽 발의 둘째 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 또는 가운데발가락 이하의 3개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 12. 척주에 경도의 변형장해가 남은 사람 또는 척주의 수상 부위에 기질적 변화가 남은 사람 13. 외모에 경도의 흉터가 남은 사람 14. 두 팔의 노출된 면에 중등도의 흉터가 남은 사람 15. 두 다리의 노출된 면에 중등도의 흉터가 남은 사람 16. 진폐증의 병형이 제1형인 사람
제14급	1. 한쪽 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 2. 한쪽 귀의 귓바퀴에 경도의 결손이 남은 사람 3. 3개 이상의 치아에 치과 보철을 한 사람 4. 두 팔의 노출된 면에 경도의 흉터가 남은 사람 5. 두 다리의 노출된 면에 경도의 흉터가 남은 사람 6. 한쪽 손의 새끼손가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 7. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 손가락 뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한쪽 손의 엄지손가락과 둘째 손가락 외의 손가락 끝관절을 굽폈다 폈다 할 수 없게 된 사람 9. 한쪽 발의 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못 쓰게 된 사람 10. 국부에 신경증상이 남은 사람 11. 척주에 경미한 변형장해가 남은 사람 또는 척추의 수상 부위에 비기질적 변화가 남은 사람

(주1) 신체부위별 장해등급 판정에 대한 세부기준은 관계법령에 따르며, 관련법령의 개정에 따라 세부기준이 변경된 경우에는 장해등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

(주2) 산업재해보상보험법 개정으로 상기 장해 이외에 추가로 상기 장해등급에 해당하는 장해가 있는 경우에는 그 장해도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 단체고도장해보장특약(G1.2)[1종][본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

   [본인형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   (2) 주계약의 피보험자가 변경되었을 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (3) '(2)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
   (4) '(2)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 제1항에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 제1항에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
   (5) 피보험자가 사망한 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (6) '(5)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.

(7) '(5)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

2. 지급사유 관련 용어
   가. 장해: 별표 4 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   나. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 약정한 고도장해보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제6항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 『동일한 재해』의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류 (사망보험금을 지급할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 8 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 고도장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루

어집니다.
② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등
① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸
① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우
4. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
5. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
② 제1항 제2호 및 제5호의 '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.
③ 제1항에도 불구하고 제1항 제4호 및 제5호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
④ 제1항에도 불구하고 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목의 [본인형] '(2)' 및 [배우자형] '(5)'에 따라 이 특약의 피보험자를 변경하는 경우에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시
① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지
보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2

항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
고도장해보험금	보험기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
고도장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

【 별표 4 】 장해분류표

- (무)기업복지라이프플랜 재해장해보장특약 【 별표 4 】와 동일

무배당 단체고도장해보장특약(G1.2)[2종][본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3 개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 장해: 별표 4 '장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   나. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 약정한 고도장해보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.
② 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 4 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정 합니다.
⑥ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다.
⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표 4 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만 장해분류표(별표 4 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
⑨ 제8항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑪ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑫ 장해분류표에 해당되지 않은 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
⑬ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기

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

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금을 지급할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 8 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 고도장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우
4. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
5. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제5호의 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제4호 및 제5호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험

료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
고도장해보험금	보험기간 중 피보험자가 장해분류표(별표 4 참조) 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
고도장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

【 별표 4 】 장해분류표

- (무)기업복지라이프플랜 재해장해보장특약 【 별표 4 】와 동일

무배당 단체뇌출혈치료특약(G1.2) [본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 뇌출혈의 진단확정

① 이 특약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 뇌출혈 분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관렵법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 따라 의사(치과의사 제외) 또는 한의사의 자격을 가진 자의 진단에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층촬영술(PET), 단일광자 방출 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.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌출혈진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (최초1회한)

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보아 제4조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈진단자금을 지급합니다. 다만, 보장개시일 전일 이전에 뇌출혈로 진단이 확정된 경우에는 뇌출혈진단자금을 지급하지 않습니다.

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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
5. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호의 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌출혈진단자금	피보험자가 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회한)	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
뇌출혈진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

뇌출혈 분류표

이 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

무배당 단체급성심근경색증치료특약(G1.2)[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 급성심근경색증의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 급성심근경색증 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 의한 의사(치과의사 제외)또는 한의사의 자격을 가진 자의 진단에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 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.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초1회한)

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보아 제4조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증진단자금을 지급합니다. 다만, 보장개시일 전일 이전에 급성심근경색증으로 진단이 확정된 경우에는 급성심근경색증진단자금을 지급하지 않습니다.

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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제15조(보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
4. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
5. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제5호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제4호 및 제5호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입 해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 진단자금	피보험자가 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	2,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
급성심근경색증진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

급성 심근경색증 분류표

이 약관에서 규정하는 급성 심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 단체성인병보장특약(G1.2) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 성인특정질환Ⅲ의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '성인특정질환Ⅲ'라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 성인특정질환Ⅲ 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 성인특정질환Ⅲ의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)의 진단서에 의합니다.

제 4 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 성인특정질환Ⅲ로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조 통원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의사에 의하여 성인특정질환Ⅲ로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 성인특정질환Ⅲ로 진단이 확정되고 그 성인특정질환Ⅲ의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우: 입원급여금 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 성인특정질환Ⅲ로 진단이 확정되고 그 성인특정질환Ⅲ의 치료를 직접적인 목적으로 하여 통원치료를 받았을 경우: 통원자금 지급

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 입원급여금의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 성인특정질환Ⅲ 중 동일질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다. 그러나 성인특정질환Ⅲ 중 동일질병에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원
2. 입원급여금 지급사유에 해당하는 최종일로부터 퇴원 없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

【제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

	3일	퇴원없이 계속 입원		3일		
		보장일수(120일)	보장제외 (180일)		보장일수(120일)	…
최초 입원일	최초입원일 + 3일		입원급여금이 지급된 최종입원일	보장재개일		

④ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않았을 경우에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의

해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제17조(보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑩ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서, 통원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

제 12 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 이 특약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제2호 및 제3호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 17 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조 중대사유로 인한 해지

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 20 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 21 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
입 원 급여금	피보험자가 보험기간 중 성인특정질환Ⅲ로 진단이 확정되고 그 성인특정질환Ⅲ의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일초과 1일당 5만원
통원자금	피보험자가 보험기간 중 성인특정질환Ⅲ로 진단이 확정되고 그 성인특정질환Ⅲ의 치료를 직접적인 목적으로 하여 통원치료를 받았을 경우	1회당 2만원

주) 1. 성인특정질환Ⅲ라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 성인특정질환Ⅲ 분류표(별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
입원급여금, 통원자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

성인특정질환Ⅲ 분류표

이 약관에서 규정하는 성인특정질환Ⅲ로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

[제1형]

대상이 되는 질병	분류번호
심장 침범이 없는 류마티스 열	I00
심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스승모판질환	I05
류마티스대동맥판질환	I06
류마티스삼첨판질환	I07
다발성 판막 질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
이차성 심근경색증	I22
급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈성 심장질환	I24
만성 허혈성 심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
기타 폐혈관질환	I28
급성 심낭염	I30
기타 심낭의 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판 장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	I39
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방 세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
심장절개후 증후군	I97.0
심장수술 후의 기타 기능장애	I97.1

[제2형]

대상이 되는 질병	분류번호
독성 간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
간의 섬유증 및 경화증	K74
지주막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관 질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69
급성 신부전	N17
만성 신장질환	N18
상세불명의 신부전	N19

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 단체재해입원특약(G1.2)[본인형, 가족형]약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

   [본인형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   (2) 주계약의 피보험자가 변경되었을 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (3) '(2)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
   (4) '(2)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

   [가족형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다.), 자녀(직계비속을 포함) 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제자매 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
   (5) 피보험자가 사망한 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (6) '(5)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
   (7) '(5)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 재해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 피보험자가 「동일한 재해」로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하고 제2항을 적용합니다. 그러나 동일한 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 재해입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원 일부터 180일을 경과하여 개시한 입원
2. 재해입원급여금 지급 사유에 해당하는 최종일로부터 퇴원 없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

【제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

	3일	퇴원없이 계속 입원		3일		
		보장일수(120일)	보장제외 (180일)		보장일수(120일)	…
최초 입원일	최초입원일 + 3일	입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일		

④ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 재해입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 재해입원급여금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니할 때에는 회사는 재해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 가족형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 가족형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

④ 제1항에도 불구하고 제2조(용어의 정의) 제1호 마목의 [본인형] '(2)' 및 [배우자형] '(5)'에 따라 이 특약의 피보험자를 변경하는 경우에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재해입원 급여금	보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일 초과 1일당 1만원

주) 재해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
재해입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

무배당 단체수술보장특약(G1.2)[본인형, 가족형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [가족형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다), 자녀(직계비속을 포함) 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제자매 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한

규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 '수술'에서 제외합니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 수술급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받았을 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

④ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제15조(보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 수술급여금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 수술급여금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 가족형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우

3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 가족형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
수술급여금	보험기간 중 피보험자가 '1~5종 수술분류표'(별표 4 참조)에서 정한 수술을 받았을 경우	1회당 1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원

주) 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
수술급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

【 별표 4 】

1~5종 수술분류표

<1~5종 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술,Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] 11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	 1 3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	 1 2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3

구 분	수술명	수술 종류
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계 · 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2

구 분	수술명	수술 종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2

구 분	수술명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] 88-1. 뇌, 심장 88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	 3 2 1

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5 3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

(주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 ‘Ⅰ. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다. 다만, 조혈모세포이식술(일련의 과정 ‘추출, 필터링, 배양, 제거, 주입’을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 ‘1~5종 수술분류표’에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. ‘수술’은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 ‘수술’에서 제외합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는

수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. '1~5종 수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

'1~5종 수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) '1~5종 수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1~5종 수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '1~5종 수술분류표' 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

무배당 단체재해사망특약(G1.2)[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 변경은 다음과 같습니다.

   [본인형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   (2) 주계약의 피보험자가 변경되었을 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (3) '(2)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
   (4) '(2)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

   [배우자형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약체결 시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
   (5) 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
   (6) '(5)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
   (7) '(5)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 보험기간 중 피보험자에게 재해분류표(별표 3 참조)에서 정하는 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 재해사망보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)와 제12조(특약의 소멸) 제1항 제2호 및 제4호 '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.

다만, 제1호가 제3조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 재해를 직접적인 원인으로 실종신고를 받은 경우에 한하며, 제2호가 제3조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 수해, 화재나 그 밖의 재난을 원인으로 재해가 발생하여 사망한 것으로 통보하는 경우에 한합니다.

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 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

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(재해사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류(재해사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 8 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. **주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우**
2. **피보험자가 사망한 경우**
3. **본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우**
4. **배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우**

② 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
③ 제1항에도 불구하고 제2조(용어의 정의) 제1호 '바'목 [본인형] '(2)' 및 [배우자형] '(5)'에 따라 이 특약의 피보험자를 변경하는 경우에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재해사망보험금	보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 피보험자가 사망하였을 경우	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
재해사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

무배당 단체재해의료보장특약(G1.2)[본인형, 배우자형]약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: 별표 3 '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 재해골절의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '재해골절'이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 재해골절분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 치아의 파절(분류번호 S02.5)은 제외됩니다.

② 재해골절의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)의 규정에 따라 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제 4 조 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의사가 피보험자의 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따라 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술을 받는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 '수술'에서 제외합니다.

제 5 조 '현저한 추상(추한 모습)', '추상(추한 모습)'의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '현저한 추상(추한 모습)'이라 함은 두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터) 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔(흉터)이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

② 이 특약에 있어서 '추상(추한 모습)'이라 함은 두부 또는 안면부에 최대길이 5cm 이상 10cm 미만 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 추상반흔(추한 모습의 흉터) 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔(흉터)이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

③ '현저한 추상(추한 모습)' 및 '추상(추한 모습)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 이 특약의 보험기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 재해골절로 진단이 확정되었을 경우(1회당): 골절진단자금 지급
2. 보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우(1회당): 재해수술자금 지급
3. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '현저한 추상(추한 모습)' 또는 '추상(추한 모습)'으로 진단이 확정되었을 경우(1회당): 성형자금 지급

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 보험기간 중 피보험자가 「동일한 재해」로 두 가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 골절진단자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절진단자금

을 지급하지 않습니다.
③ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호의 성형자금의 경우 재해로 두부 또는 안면부에 추상반흔(추한 모습의 흉터) 또는 조직함몰이 되어 그 상태가 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
④ 제3항에 따라 보험금 지급여부를 결정하였으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 1년 이내) 중에 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
⑤ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호의 성형자금의 경우 피보험자가 「동일한 재해」로 두부 또는 안면부에 두 가지 이상의 '현저한 추상(추한 모습)' 또는 '추상(추한 모습)'을 입었을 경우 하나의 보험사고로 보고 그 상태를 기준으로 성형자금을 지급합니다.
⑥ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호의 성형자금의 경우 다른 재해로 인하여 '현저한 추상(추한 모습)' 또는 '추상(추한 모습)'이 2회 이상 발생하였을 경우에는 각각 다른 보험사고로 보고 그 때마다 이에 해당하는 성형자금을 각각 지급합니다.
⑦ 제2항 및 제5항에 있어서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑧ 보험수익자와 회사가 제6조(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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 9 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서(골절진단서, 수술증명서, 진단서 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 12 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호의 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 17 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에

부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 20 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 21 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준: 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
골절진단자금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 재해골절로 진단이 확정되었을 경우	1회당 30만원
재해수술자금	보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우	1회당 50만원
성형자금	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '현저한 추상(추한 모습)'으로 진단이 확정되었을 경우	1회당 300만원
	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 '추상(추한 모습)'으로 진단이 확정되었을 경우	1회당 200만원

주) 1. 회사는 보험기간 중 피보험자가 동일 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 골절진단자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절진단자금을 지급하지 않습니다.

2. '현저한 추상(추한 모습)', '추상(추한 모습)'이라 함은 제5조('현저한 추상(추한 모습)', '추상(추한 모습)'의 정의 및 진단확정)에서 정의한 '현저한 추상(추한 모습)', '추상(추한 모습)'을 말합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
골절진단자금, 재해수술자금, 성형자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 재해 분류표

- 주계약 【 별표 3 】과 동일

【 별표 4 】

재해 골절(骨折) 분류표

이 약관에서 규정하는 재해골절로 분류되는 항목은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD: 통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다. 또한, 뼈의 외상성 절단의 경우도 보장합니다.

분 류 항 목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체 부위의 골절	T02
상세불명의 척추 부위의 골절	T08
상세불명의 팔 부위의 골절	T10
상세불명의 하지 부위의 골절	T12
상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 항목 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당되는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 단체암치료특약(G1.2)(1종)[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

   [본인형]

   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

   [배우자형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약체결 시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
   나. 암보장개시일: 제3조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 만기 이후 계속하여 새롭게 체결하는 계약(이하 '재계약'이라 합니다)의 경우 암보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외](별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 또는 '기타피부암'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(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 제자리암의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암의 진단확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 경계성종양의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 암진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험기간 중 피보험자가 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

에 정한 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암진단자금을 지급합니다. 그러나, 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 보장개시일의 전일 이전에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정된 경우에는 암진단자금을 지급하지 않습니다.
③ 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 암진단자금은 최초계약과 재계약을 통산하여 지급사유별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.
④ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 제4항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑧ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 9 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때

의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 12 조 특약의 무효

피보험자가 계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 13 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다.이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
5. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(암 및 기타피부

암의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 제2조(용어의 정의) 제2호 '다'목의 '암 보장개시일'로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항에도 불구하고 재계약의 경우 암보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 21 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
암진단 자 금	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원
	보험기간 중 피보험자가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	100만원
	보험기간 중 피보험자가 제자리암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	100만원
	보험기간 중 피보험자가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	300만원

주) 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다.
2. 제1호에도 불구하고 재계약의 경우 암보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.
3. 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 암진단자금은 최초계약과 재계약을 통산하여 지급사유별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.
4. 제3조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정)에 따라 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암에 해당하는 암진단자금을 지급하고 암에 해당하는 암진단자금은 지급되지 않습니다.
5. 제3조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정)에 따라 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 갑상선암으로 진단 확정시 암진단자금은 지급되지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암진단자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	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. 피부의 악성 흑색종	C43
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. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

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

【 별표 4 】

제자리의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호. 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

【 별표 5 】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

이 약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 (만성 골수증식질환 등(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증 등(D47.3), 골수섬유증 등(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 제외)	D47 (단, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

무배당 단체암치료특약(G1.2)(2종)[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

   [본인형]

   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

   [배우자형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약체결 시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외](별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 또는 '기타피부암'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(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 제자리암의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암의 진단확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 경계성종양의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 암진단자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 7 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 보험기간 중 피보험자가 사망하여 그 후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암진단자금을 지급합니다. 그러나, 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 보장개시일의 전일 이전에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정된 경우에는 암진단자금을 지급하지 않습니다.

③ 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 암진단자금은 최초계약과 만기이후 계속하여 새롭

게 체결하는 계약(이하 '재계약'이라 합니다)을 통산하여 지급사유별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.
④ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 제4항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑧ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 9 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 12 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다.이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 14 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
5. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 17 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 19 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 20 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 21 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
암진단 자 금	보험기간 중 피보험자가 암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원
	보험기간 중 피보험자가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	100만원
	보험기간 중 피보험자가 제자리암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	100만원
	보험기간 중 피보험자가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	300만원

주) 1. 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 암진단자금은 최초계약과 재계약을 통산하여 지급사유별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

2. 제3조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정)에 따라 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암에 해당하는 암진단자금을 지급하고 암에 해당하는 암진단자금은 지급되지 않습니다.

3. 제3조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정)에 따라 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 갑상선암으로 진단 확정시 암진단자금은 지급되지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암진단자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외]

- (무)단체암치료특약(G1.2)(1종) 【 별표 3 】과 동일

【 별표 4 】 제자리의 신생물 분류표

- (무)단체암치료특약(G1.2)(1종) 【 별표 4 】와 동일

【 별표 5 】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- (무)단체암치료특약(G1.2)(1종) 【 별표 5 】와 동일

무배당 단체갑상선암치료특약(G1.2)[본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 갑상선암의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '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(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 갑상선암치료자금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 갑상선암치료자금을 지급합니다. 그러나, 보장개시일의 전일 이전에 갑상선암으로 진단이 확정된 경우에는 갑상선암치료자금을 지급하지 않습니다.

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 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦보험수익자와 회사가 제4조(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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산' (별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않아 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
5. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호의 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
갑상선암 치료자금	보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 갑상선암으로 진단이 확정되었을 경우(최초 1회한)	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
갑상선암치료자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 단체간호비보장특약(G1.2)[본인형, 가족형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

   [본인형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   (2) '(1)'에도 불구하고 이 특약의 피보험자는 국민건강보험법에 의한 건강보험증상의 가입자, 건강보험증상에 기재된 피부양자 또는 의료급여법에 의한 수급권자로 합니다.

   [가족형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다), 자녀(직계비속을 포함) 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제자매 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
   (2) '(1)'에도 불구하고 이 특약의 피보험자는 국민건강보험법에 의한 건강보험증상의 가입자, 건강보험증상에 기재된 피부양자 또는 의료급여법에 의한 수급권자로 합니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (4) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (5) '(3)'에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 '(1)'에서 정한 자녀(직계비속을 포함)인 경우에는 이 특약의 효력을 상실시키지 아니하며, 배우자인 경우 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어
가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다) 또는 조산사(助産師)의 자격을 가진 자에 의하여 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 담보하는 질병, 부상 또는 출산 등으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법에서 정한 요양기관 또는 의료급여법에서 정한 의료급여기관에 입실하여 의사 또는 조산사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 질병, 부상 또는 출산 등으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 '국민건강보험법에서 정한 요양급여(입원)' 또는 '의료급여법에서 정한 의료급여(입원)'가 발생하였을 경우에는 보험수익자에게 간호비보장급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.
② 간호비보장급여금의 지급기간은 국민건강보험법에서 요양급여(입원)의 급여기간을 제한하는 경우 간호비보장급여금의 지급기간을 동일하게 제한합니다.
③ 피보험자가 입원 중에 보험기간이 끝난 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 간호비보장급여금을 지급하여 드립니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사 또는 조산사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 간호비보장급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.
⑤ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
⑥ 제5항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
⑦ 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑧ 제15조(보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑨ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 경우

에는 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. 자동차보험, 산업재해보상보험 및 「국민건강보험법 또는 의료급여법 이외의 타 법령」에 의해 보장되는 사고로 인하여 입원한 경우
5. 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 (KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 사유로 입원한 경우

구 분	분류번호
정신 및 행동장애	F00-F99
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	Q00-Q99
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	Z00-Z99

6. 다음의 질환으로 입원한 경우로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모·무모·백모증·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 상기 나열한 질환에 상당하는 질환으로 보건복지부 장관이 고시하는 질환
7. 다음의 진료와 같이 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 사유로 입원한 경우
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용 목적의 성형수술과 그로 인한 후유증 치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 저작(음식물을 씹음) 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
   라. 관절운동 제한이 없는 반흔(흉터)구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔(흉터)제거술
   마. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   바. 기타 상기 나열한 질환에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 진료
8. 다음의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 사유로 입원한 경우
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진
   나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
   다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
   라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료
   마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
   바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적 검사
   사. 기타 상기 나열한 항목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 진료
9. 기타 다음의 사유로 입원한 경우
   가. 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구
   나. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)
   다. 친자 확인을 위한 진단
   라. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함)

마. 마약중독자 치료보호

② 제1항 제4호 내지 제9호의 경우에는 간호비보장급여금은 지급되지 아니하나, 특약은 계속 유효합니다.

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 입원치료확인서, 진료비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증(요양취급기관 발행)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 요양기관에서 제1항 제2호의 진료비명세서 또는 요양의 내역을 기재한 영수증을 발급받을 경우, 그 요양기관은 국민건강보험법에서 정한 요양기관 또는 의료급여법에서 정한 의료급여기관을 말합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 가족형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 가족형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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: 가족관계등록부

에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
간호비보장급여금	피보험자가 보험기간 중 질병, 부상 또는 출산 등으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 국민건강보험법에 정한 요양급여(입원) 또는 의료급여법에 정한 의료급여(입원)가 발생하였을 경우	입원일수 1일당 1만원

주) 간호비보장급여금의 지급기간은 국민건강보험법에서 요양급여(입원)의 급여기간을 제한하는 경우 간호비보장급여금의 지급기간을 동일하게 제한합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
간호비보장급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 단체입원특약(G1.2)[본인형, 가족형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [가족형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다), 자녀(직계비속을 포함) 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제자매 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

※ 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 제2항의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원
2. 입원급여금 지급 사유에 해당하는 최종일로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

【제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

	3일	퇴원없이 계속 입원		3일		
		보장일수(120일)	보장제외 (180일)		보장일수(120일)	…
최초 입원일	최초 입원일 + 3일	입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일		

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑤ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑩ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 가족형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅

니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 가족형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종신고를 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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있

습니다.

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일 초과 1일당 1만원

주) 1. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
2. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우

④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당되는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함되는 것으로 합니다.

※ 감염병에 관한 법률이 제 · 개정될 경우, 보험사고 발생당시 제 · 개정된 법률을 적용합니다.

무배당 단체질병입원특약(G1.2)[본인형, 가족형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.

   [본인형]

   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

   [가족형]

   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다), 자녀(직계비속을 포함) 및 그 배우자, 직계존속(배우자의 직계존속 포함), 형제자매 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 '(1)'에서 정한 자녀(직계비속을 포함)인 경우에는 이 특약의 효력을 상실시키지 않으며, 배우자인 경우 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 질병: 별표 3 '질병분류표'에서 정한 기준에 따른 질병을 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 제2항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 질병입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원
2. 질병입원급여금 지급 사유에 해당하는 최종일로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

【제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">3일</td><td colspan="2">퇴원없이 계속 입원</td><td rowspan="2">3일</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">…</td></tr>
<tr><td>보장일수(120일)</td><td>보장제외 (180일)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>최초
입원일</td><td>최초
입원일
+ 3일</td><td colspan="2">입원급여금이
지급된 최종입원일</td><td colspan="3">보장재개일</td></tr>
</table>

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑤ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 질병입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단

확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 가족형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 가족형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

가. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입 해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보

험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
질병입원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일 초과 1일당 1만원

주) 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
질병입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

질병 분류표

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

한국표준질병·사인분류상의(A00~R99,U00~U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함되는 것으로 합니다.

무배당 단체산업재해사망특약(G1.2) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
      (1) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 하되 '산업재해보상보험법'의 적용을 받는 단체에 속한 자로 합니다.
      (2) 주계약의 피보험자가 변경되었을 때에는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.
      (3) '(2)'의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사 양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
      (4) '(2)'의 경우 변경 후 피보험자에 대한 계약 내용 및 회사 승낙기준 등은 변경 전 피보험자와 동일하게 적용합니다.

2. 지급사유 관련 용어
   가. 산업재해: 산업재해보상보험법상의 '업무상의 재해'를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금의 지급사유

회사는 보험기간 중 피보험자에게 산업재해가 발생하고 그 산업재해를 직접적인 원인으로 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 산재사망보험금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

가. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

나. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 산업재해로 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

다만, 제1호가 제3조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 산업재해를 직접적인 원인으로 실종선고를 받은 경우에 한하며, 제2호가 제3조(보험금의 지급사유)에 적용될 때에는 수해, 화재나 그 밖의 재난을 원인으로 산업재해가 발생하여 사망한 것으로 통보하는 경우에 한합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다. 특히 그 결과 산업재해를 직접적인 원인으로 사망에 이르게 된 경우에는 산재사망보험금을 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

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(산업재해사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 대한 이자는

'보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 8 조 보험금 받는 방법의 변경

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 의한 산재사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 특약의 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 피보험자가 산업재해를 직접적인 원인으로 사망한 경우
3. 피보험자가 산업재해 이외의 원인으로 사망한 경우
4. 피보험자가 산업재해보상보험법의 적용을 받는 단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제3호 내지 제4호의 경우 주계약의 피보험자 변경규정에 의하여 피보험자가 변경된 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

③ 해당 단체에서 퇴직 등의 사유가 발생하여 개별계약으로 전환하는 경우에도 이 특약은 개별계약으로 전환할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
산재사망보험금	보험기간 중 피보험자에게 산업재해가 발생하고 그 산업재해를 직접적인 원인으로 피보험자가 사망한 경우	1,000만원

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구 분	기 간	지급이자
산재사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 단체암직접치료입원특약(G1.2)[1종][본인형, 배우자형] 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다..
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
   나. 암보장개시일: 제3조('암' 및 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암' 에 대한 이 특약의 보장개시일을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한

규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 및 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 제외](별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 또는 '기타피부암'으로 진단 또는 직접적인 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(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 제자리암의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 직접적인 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 경계성종양의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단 확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 직접적인 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접

적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 암직접치료입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원급여금의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 각각 1회 입원으로 보아 각 입원 일수를 더하고 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 암직접치료입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원
2. 암직접치료입원급여금 지급 사유에 해당하는 최종일로부터 퇴원 없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

【제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">3일</td><td colspan="2">퇴원없이 계속 입원</td><td rowspan="2">3일</td><td rowspan="2">보장일수(120일)</td><td rowspan="2">…</td></tr>
<tr><td>보장일수(120일)</td><td>보장제외 (180일)</td></tr>
<tr><td colspan="2">최초 입원일</td><td colspan="2">최초입원일 + 3일 ~ 암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일</td><td colspan="3">보장재개일</td></tr>
</table>

④ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암직접치료입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 암직접치료입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제19조(보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음의 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

제 10 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 13 조 특약의 무효

피보험자가 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조('암' 및 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암으로 진단 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제 14 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 15 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 16 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제3조('암' 및 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결한 경우 암보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.

제 18 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 19 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 22 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 23 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지급금액
암직접치료입원급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일 초과 1일당 5만원
	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 경우	3일 초과 1일당 2만원

주) 1. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음 날입니다.
2. 제1호에도 불구하고 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결한 경우 암보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.
3. 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
4. 제3조(‘암’ 및 ‘기타피부암’의 정의 및 진단 확정)에 따라 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암직접치료입원급여금 (제7조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】

대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	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. 피부의 악성 흑색종	C43
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 기타부위의 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 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병ㆍ사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병ㆍ사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【 별표 4 】 제자리의 신생물 분류표

- (무)단체암치료특약(G1.2)(1종) 【 별표 4 】와 동일

【 별표 5 】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- (무)단체암치료특약(G1.2)(1종) 【 별표 5 】와 동일

무배당 단체암직접치료입원특약(G1.2)[2종](본인형, 배우자형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [배우자형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 '암' 및 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 제외](별표 3 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당되는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 혈액(Hemic System)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 또는 '기타피부암'으로 진단 또는 직접적인 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(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제 4 조 제자리암의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(별표 4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(Fine Needle Aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 직접적인 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 경계성종양의 정의 및 진단 확정

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표 5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단 확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 직접적인 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 7 조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 암직접치료입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제 8 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원급여금의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 각각 1회 입원으로 보아 각 입원 일수를 더하고 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 암직접치료입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원
2. 암직접치료입원급여금 지급 사유에 해당하는 최종일로부터 퇴원 없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

【제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

	3일	퇴원없이 계속 입원		3일		
		보장일수(120일)	보장제외 (180일)		보장일수(120일)	…
최초 입원일	최초입원일 + 3일	암직접치료입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일		

④ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암직접치료입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 암직접치료입원급여금 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제18조(보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 배우자형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 13 조 특약내용의 변경 등

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 특약의 내용을 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 14 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 15 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되

는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 17 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 18 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 20 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 21 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 22 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지급금액
암직접치료입원급여금	피보험자가 보험기간 중 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일 초과 1일당 5만원
	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 경우	3일 초과 1일당 2만원

주) 1. 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

2. 제3조('암' 및 '기타피부암'의 정의 및 진단 확정)에 따라 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암직접치료입원급여금 (제7조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3 】 대상이 되는 악성신생물 분류표[기타피부암 제외]

- (무)단체암직접치료입원특약(G1.2)(1종) 【 별표 3 】과 동일

【 별표 4 】 제자리의 신생물 분류표

- (무)단체암치료특약(G1.2)(1종) 【 별표 4 】와 동일

【 별표 5 】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- (무)단체암치료특약(G1.2)(1종) 【 별표 5 】와 동일

무배당 단체첫날부터입원특약(G1.2)[본인형, 가족형] 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 주계약: 주된 보험계약을 말합니다.
   나. 계약자: 회사와 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   다. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   라. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   마. 피보험단체: 보험사고의 대상이 되는 단체를 말합니다.
   바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 범위 및 자격의 득실은 다음과 같습니다.
   [본인형]
   이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.
   [가족형]
   (1) 이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다), 자녀 및 그 배우자, 직계존속, 형제자매 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 자로 합니다.
   (2) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
   (3) 피보험자가 '(1)'에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
   (4) '(2)'에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사 양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 질병 또는 재해: 별표 3 '질병 및 재해분류표'에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관

한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 입원의 정의와 장소

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금(별표 1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

※ 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3 참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 제2항의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우(이전(移轉)하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각 호의 1에 해당하는 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

1. 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원
2. 입원급여금 지급 사유에 해당하는 최종일로부터 퇴원없이 계속 입원하여 180일이 경과한 입원

【제3항 제2호 관련 보장기간 예시】

	퇴원없이 계속 입원			
	보장일수(120일)	보장제외 (180일)	보장일수(120일)	…
최초입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일		보장재개일	

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑤ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑩ 보험수익자와 회사가 제4조(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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

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

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'(별표 2 참조)과 같이 계산합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 계약자는 이 특약을 청약할 때에 본인형 또는 가족형 중 선택하여 청약하여야 합니다.

제 10 조 특약내용의 변경 등

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

제 11 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간 이내로 합니다.

제 12 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 본인형의 경우 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
4. 가족형의 경우 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항 제2호 및 제4호의 '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.

③ 제1항에도 불구하고 제1항 제3호 및 제4호의 경우 탈퇴 전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입 해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조 보험료의 납입 및 회사의 보장개시

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 중대사유로 인한 해지

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

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

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 18 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 19 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

보험금 지급기준표

(기준 : 특약가입금액 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	보험기간 중 피보험자가 질병으로 진단받거나 재해가 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하였을 경우	입원 1일당 1만원

주) 1. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
2. 상기 질병 또는 재해는 '질병 및 재해분류표'(별표 3참조)에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

【 별표 3】 질병 및 재해분류표

- (무)단체입원특약(G1.2) 【 별표 3 】과 동일

무배당 단체실손의료비보장특약(G1.2)
[1형:표준형, 2형:선택형] 약관

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 [별표1] '용어의 정의'와 같습니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조 담보종목

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 총 4개 이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

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

③ 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특약에서 입원담보종목(상해입원형, 질병입원형)을 선택하여 가입할 경우 다음 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.

- 직장단체 실속형
- 직장단체 고급형
- 일반단체 실속형
- 일반단체 고급형

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 2 조 담보종목별 보장내용

회사가 이 특약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

[상해입원형]

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

구 분		보 상 금 액
선택형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

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

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 특약의 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

[상해통원형]

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외 래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

<표1 항목별 공제금액>

구 분		항 목	공제금액
표준형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
선택형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

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

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 특약의 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.

⑤ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

[질병입원형]

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외))'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
선택형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외))'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 특약의 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.

⑤ 제1항에서 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑥ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑦ 제2항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제21조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

[질병통원형]

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주)]'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여[주)]'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

<표1 항목별 공제금액>

구 분		항 목	공제금액
표준형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
선택형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 한도로 보상합니다.
④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 특약의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.
⑤ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주합니다)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.
⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
⑦ 제2항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제21조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 3 조 보상하지 않는 사항

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

[상해입원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
   그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

[상해통원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
   그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

[질병입원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

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

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04～F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96～N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00～Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60～K62)

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

[질병통원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04～F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96～N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00～Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60～K62)

③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)

8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제 4 관 보험금의 지급

제 4 조 보험금 지급사유의 통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 5 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 [진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 진료비영수증 필요), 진료비 영수증, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 진단확인서, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 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. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금 지급시의 적립이율 계산 (별표 2 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.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(담보종목별 보장내용)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.

제 7 조 주소변경통지

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

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 계약 전 알릴 의무

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

제 9 조 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르

게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제3항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 10 조 사기에 의한 계약

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

제 6 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약을 청약할 때 1형(표준형), 2형(선택형) 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.

제 12 조 특약의 보장개시일

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제11조(특약의 성립) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 1년으로 합니다.

제 14 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약 체결시 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약 피보험자
2. 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다), 직계존속 및 배우자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계존속, 자녀 및 그 배우자, 형제, 자매

② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다.

③ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사

에 알려야 합니다.
④ 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우 제2항에도 불구하고 계약자의 해지청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.

제 15 조 약관교부 및 설명의무 등

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 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 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 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 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약 할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 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 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제 16 조 특약의 무효

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보며 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 17 조 특약내용의 변경

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험종목, 보험료의 납입기간 및 보험가입금액의 변경이 적용되지 않습니다.
② 피보험자가 퇴직, 기타의 사유에 의하여 피보험단체로부터 탈퇴하는 경우 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴연월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 18 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 이 특약에서 피보험자가 사망한 경우
3. 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항에도 불구하고 제1항 제3호의 경우 탈퇴전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

③ 제1항 제2호 '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.

제 7 관 보험료의 납입 등

제 19 조 보험료의 납입

이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

③ 회사가 제2항에 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 제2항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제9조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 8 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

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

   다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 24 조 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.

제 25 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제 26 조 다수보험의 처리

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.

③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

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

제 27 조 연대책임

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 지급한도내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 28 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원・병원・치과병원・한방병원・요양병원・의원・치과의원・한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대(cast), 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것

용 어	정 의
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대(cast), 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제41조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급 3. 처치・수술 기타의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급 3. 처치・수술 기타의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해・질병・간병보험 등 제3보험, 개인연금・퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험・공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제6조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
보상책임액 (제2조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 지급기일은 제6조(보험금의 지급절차) 제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우도 동일합니다.

무배당 단체실손의료비보장특약Ⅱ(G1.2)
[1형:표준형, 2형:선택형] 약관

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 [별표1] '용어의 정의'와 같습니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조 담보종목

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 총 4개 이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

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

③ 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특약에서 입원담보종목(상해입원형, 질병입원형)을 선택하여 가입할 경우 다음 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.

- 직장단체 실속형
- 직장단체 고급형
- 일반단체 실속형
- 일반단체 고급형

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 2 조 담보종목별 보장내용

회사가 이 특약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

[상해입원형]

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

구 분		보 상 금 액
선택형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

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

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 특약의 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

[상해통원형]

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 25만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 5만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

<표1 항목별 공제금액>

구 분		항 목	공제금액
표준형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
선택형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

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

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 25만원, 처방조제비의 경우 1건당 5만원을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 특약의 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.

⑤ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

[질병입원형]

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외))'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
선택형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외))'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(실속형:500만원, 고급형:1,000만원)을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 특약의 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.

⑤ 제1항에서 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑥ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑦ 제2항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제21조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

[질병통원형]

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 25만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 5만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

<표1 항목별 공제금액>

구 분		항 목	공제금액
표준형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
선택형	외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 25만원, 처방조제비의 경우 1건당 5만원을 한도로 보상합니다.
④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 특약의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.
⑤ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주합니다)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.
⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
⑦ 제2항에도 불구하고, 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초 계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 최초 계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제21조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 3 조 보상하지 않는 사항

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

[상해입원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
   그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

[상해통원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
   그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

[질병입원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.

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

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04～F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96～N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00～Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60～K62)

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

[질병통원형]

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

② 회사는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04～F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96～N98)
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00～Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60～K62)

③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
   다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   (다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)

8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제 4 관 보험금의 지급

제 4 조 보험금 지급사유의 통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 5 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 [진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 진료비영수증 필요), 진료비 영수증, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 진단확인서, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 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. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금 지급시의 적립이율 계산 (별표 2 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.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(담보종목별 보장내용)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.

제 7 조 주소변경통지

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

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 계약 전 알릴 의무

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

제 9 조 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르

게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제3항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 10 조 사기에 의한 계약

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

제 6 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 성립

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후 매월 계약해당일에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약을 청약할 때 1형(표준형), 2형(선택형) 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.

제 12 조 특약의 보장개시일

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제11조(특약의 성립) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제 13 조 특약의 보험기간

이 특약의 보험기간은 1년으로 합니다.

제 14 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 다음에 정한 자 중 특약 체결시 계약자가 선택한 자로 합니다.

1. 주계약 피보험자
2. 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 '배우자'라 합니다), 직계존속 및 배우자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 직계존속, 자녀 및 그 배우자, 형제, 자매

② 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 주계약 피보험자의 사망에 의한 경우는 제외합니다.

③ 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 피보험자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사

에 알려야 합니다.
④ 이 특약의 피보험자가 제1항 제2호에서 정한 자녀인 경우 제2항에도 불구하고 계약자의 해지청구가 없을 때에는 이 특약의 효력은 계속됩니다.

제 15 조 약관교부 및 설명의무 등

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 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 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 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 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약 할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 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 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제 16 조 특약의 무효

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보며 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 17 조 특약내용의 변경

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험종목, 보험료의 납입기간 및 보험가입금액의 변경이 적용되지 않습니다.
② 피보험자가 퇴직, 기타의 사유에 의하여 피보험단체로부터 탈퇴하는 경우 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴연월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 18 조 특약의 소멸

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 이 특약에서 피보험자가 사망한 경우
3. 주계약의 피보험자가 사망 또는 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우

② 제1항에도 불구하고 제1항 제3호의 경우 탈퇴전에 최종 납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

③ 제1항 제2호 '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.

제 7 관 보험료의 납입 등

제 19 조 보험료의 납입

이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 20 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

③ 회사가 제2항에 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 제2항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제 21 조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제9조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 8 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 23 조 중대사유로 인한 해지

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

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

   다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제 24 조 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.

제 25 조 해지환급금

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제 26 조 다수보험의 처리

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.

③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

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

제 27 조 연대책임

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 지급한도내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 28 조 주계약 약관의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

【 별표 1 】

용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원・병원・치과병원・한방병원・요양병원・의원・치과의원・한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대(cast), 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것

용 어	정 의
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대(cast), 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제41조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급 3. 처치・수술 기타의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급 3. 처치・수술 기타의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해・질병・간병보험 등 제3보험, 개인연금・퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험・공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

【 별표 2 】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제6조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
보상책임액 (제2조)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 지급기일은 제6조(보험금의 지급절차) 제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우도 동일합니다.