판매개시일 2026. 04. 30

무배당 AXA올인원 종합보험(갱신형)(2604)

보험 약관

적용일자 2026. 04. 30
제작일자 2026. 04. 30

본 약관 내용 중 특별약관은 보험증권에 기재된
특약에 한하여 보상받으실 수 있습니다.

무배당 AXA올인원종합보험(갱신형)2604

목차

약관이용 가이드 북 13

가입자 유의사항 46

주요내용 요약서 53

보험금 청구 시 구비서류 안내 56

보험금 지급절차 안내 60

주요 민원사례 61

신용정보 제공활용에 대한 고객 권리 안내문 62

제1-1절 보통약관일반조항 64

제1관 목적 및 용어의 정의 65

제1조(목적)

제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급 66

제3조(보험금의 지급사유)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제6조(보험금 지급사유 통지)

제7조(보험금의 청구)

제8조(보험금의 지급절차)

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

제10조(주소변경통지)

제11조(보험수익자의 지정)

제12조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 69

제13조(계약 전 알릴 의무)

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

제16조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지 71

제17조(보험계약의 성립)

제18조(청약의 철회)

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

제20조(계약의 무효)
제21조(계약내용의 변경 등)
제22조(보험나이 등)
제23조(계약의 자동갱신)
제24조(계약의 소멸)
제5관 보험료의 납입 76
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)
제27조(보험료의 자동대출납입)
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 79
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제31조의2(위법계약의 해지)
제32조(중대사유로 인한 해지)
제33조(회사의 파산선고와 해지)
제34조(해약환급금)
제35조(보험계약대출)
제36조(배당금의 지급)
제7관 분쟁의 조정 등 81
제37조(분쟁의 조정)
제38조(관할법원)
제39조(소멸시효)
제40조(약관의 해석)
제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
제42조(회사의 손해배상책임)
제43조(개인정보보호)
제44조(준거법)
제45조(예금보험에 의한 지급보장)

제1-2절 보통약관보장조항 83

(갱신형)일반상해80%이상후유장해 84

제2절 특별약관 86

1. 질병 관련 특별약관 87
1-1. (갱신형)암진단금 특별약관 88
1-2. (갱신형)통합암진단금(특정소액암) 특별약관 92

1-3. (갱신형)통합암진단금(특정소화기암) 특별약관 95
1-4. (갱신형)통합암진단금(4대특정암) 특별약관 98
1-5. (갱신형)통합암진단금(림프종및백혈병관련암) 특별약관 101
1-6. (갱신형)통합암진단금(심장암및뇌암) 특별약관 104
1-7. (갱신형)통합암진단금(폐암) 특별약관 107
1-8. (갱신형)통합암진단금(4대특정암Ⅱ) 특별약관 110
1-9. (갱신형)통합암진단금(12대특정암) 특별약관 113
1-10. (갱신형)통합암진단금(유사암) 특별약관 116
1-11. (갱신형)5대고액치료비암진단금 특별약관 119
1-12. (갱신형)10대고액암진단금 특별약관 122
1-13. (갱신형)16대특정암진단금 특별약관 125
1-14. (갱신형)전이암진단금 특별약관 128
1-15. (갱신형)암진단후생활자금(2년) 특별약관 131
1-16. (갱신형)암진단후생활자금(5년) 특별약관 136
1-17. (갱신형)일반암치료관리 특별약관 141
1-18. (갱신형)암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 특별약관 146
1-19. (갱신형)암직접치료입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 특별약관 151
1-20. (갱신형)암직접치료상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 156
1-21. (갱신형)암직접치료상급종합병원통원일당 특별약관 161
1-22. (갱신형)암수술 특별약관 166
1-23. (갱신형)암수술(상급종합병원) 특별약관 171
1-24. (갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한) 특별약관 176
1-25. (갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한) 특별약관 182
1-26. (갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한) 특별약관 187
1-27. (갱신형)항암방사선・약물치료비 특별약관 192
1-28. (갱신형)항암방사선・약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관 196
1-29. (갱신형)표적항암약물허가치료비 특별약관 201
1-30. (갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관 207
1-31. (갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관 213
1-32. (갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관 219
1-33. (갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관 225
1-34. (갱신형)항암세기조절방사선치료비 특별약관 231
1-35. (갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당) 특별약관 235
1-36. (갱신형)항암양성자방사선치료비 특별약관 239
1-37. (갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당) 특별약관 243
1-38. (갱신형)항암중입자방사선치료비 특별약관 247
1-39. (갱신형)암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 251
1-40. (갱신형)기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 257
1-41. (갱신형)종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 262
1-42. (갱신형)종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 268
1-43. (갱신형)상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)특별약관 273
1-44. (갱신형)상급종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 279
1-45. (갱신형)비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 284

1-46. (갱신형)암특정재활치료비(급여,1일1회한,연간10회한) 특별약관 290
1-47. (갱신형)암특정통증완화치료비(급여,연간1회한) 특별약관 295
1-48. (갱신형)통합암검사비 특별약관 299
1-49. (갱신형)암사망 특별약관 305
1-50. (갱신형)뇌출혈진단금 특별약관 308
1-51. (갱신형)뇌졸중진단금 특별약관 310
1-52. (갱신형)뇌혈관질환진단금 특별약관 312
1-53. (갱신형)급성심근경색증진단금 특별약관 314
1-54. (갱신형)허혈성심장질환진단금 특별약관 316
1-55. (갱신형)뇌출혈진단후생활자금 특별약관 318
1-56. (갱신형)급성심근경색증진단후생활자금 특별약관 320
1-57. (갱신형)심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 322
1-58. (갱신형)뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 325
1-59. (갱신형)뇌출혈수술 특별약관 328
1-60. (갱신형)뇌혈관질환수술 특별약관 330
1-61. (갱신형)급성심근경색증수술 특별약관 332
1-62. (갱신형)허혈성심장질환수술 특별약관 334
1-63. (갱신형)급성심근경색증혈전용해치료비 특별약관 336
1-64. (갱신형)뇌경색증혈전용해치료비 특별약관 338
1-65. (갱신형)2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 340
1-66. (갱신형)종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 344
1-67. (갱신형)상급종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 348
1-68. (갱신형)뇌졸중사망 특별약관 352
1-69. (갱신형)급성심근경색증사망 특별약관 354
1-70. (갱신형)질병사망 특별약관 356
1-71. (갱신형)질병후유장해(3~100%) 특별약관 357
1-72. (갱신형)질병80%이상후유장해 특별약관 359
1-73. (갱신형)질병입원일당(4일이상180일한도) 특별약관 361
1-74. (갱신형)질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 363
1-75. (갱신형)질병종합병원입원일당(4일이상180일한도) 특별약관 365
1-76. (갱신형)질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 368
1-77. (갱신형)질병간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 371
1-78. (갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 375
1-79. (갱신형)질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관 379
1-80. (갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관 383
1-81. (갱신형)질병간호・간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 386
1-82. (갱신형)질병수술 특별약관 389
1-83. (갱신형)질병수술(특정경증질환제외) 특별약관 392
1-84. (갱신형)질병상급종합병원수술 특별약관 395
1-85. (갱신형)32대질병수술 특별약관 398
1-86. (갱신형)5대질환수술(관혈/비관혈)(연간1회한) 특별약관 401
1-87. (갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관 404
1-88. (갱신형)파킨슨병진단금 특별약관 406
1-89. (갱신형)대상포진진단금 특별약관 408
1-90. (갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관 410
1-91. (갱신형)통풍진단금 특별약관 412
1-92. (갱신형)루게릭병진단금 특별약관 414

1-93. (갱신형)말기간경화진단금 특별약관 416
1-94. (갱신형)말기신부전증진단금 특별약관 418
1-95. (갱신형)말기폐질환진단금 특별약관 420
1-96. (갱신형)양성뇌종양진단금 특별약관 422

2. 상해 관련 특별약관 424
2-1. (갱신형)상해사망 특별약관 425
2-2. (갱신형)일반상해후유장해(3~100%) 특별약관 426
2-3. (갱신형)일반상해50%이상후유장해 특별약관 428
2-4. (갱신형)교통상해사망(운전자용) 특별약관 430
2-5. (갱신형)교통상해사망(비운전자) 특별약관 432
2-6. (갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관 434
2-7. (갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관 436
2-8. (갱신형)교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관 438
2-9. (갱신형)교통상해50%이상후유장해(비운전자) 특별약관 441
2-10. (갱신형)운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관 443
2-11. (갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관 445
2-12. (갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관 448
2-13. (갱신형)대중교통이용중교통상해사망후유장해(3~100%) 특별약관 451
2-14. (갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해(자가용) 특별약관 454
2-15. (갱신형)뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해 특별약관 456
2-16. (갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해(자가용) 특별약관 458
2-17. (갱신형)뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해 특별약관 460
2-18. (갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해사망(자가용) 특별약관 462
2-19. (갱신형)뺑소니무보험차일반상해사망 특별약관 464
2-20. (갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관 466
2-21. (갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관 469
2-22. (갱신형)운전중교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관 472
2-23. (갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관 474
2-24. (갱신형)운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관 477
2-25. (갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관 480
2-26. (갱신형)자동차사고부상(1~14급)(운전자용) 특별약관 483
2-27. (갱신형)자동차사고부상(1~11급)(운전자용) 특별약관 485
2-28. (갱신형)자동차사고부상(1~3급)(운전자용) 특별약관 487
2-29. (갱신형)자동차사고부상(1~14급)(비운전자) 특별약관 489
2-30. (갱신형)자동차사고부상(1~11급)(비운전자) 특별약관 491
2-31. (갱신형)자동차사고부상(1~3급)(비운전자) 특별약관 493
2-32. (갱신형)단지내상해사망후유장해(3~100%) 특별약관 495
2-33. (갱신형)붕괴침강및사태상해사망후유장해(3~100%) 특별약관 497
2-34. (갱신형)추락사고상해사망후유장해(3~100%) 특별약관 500
2-35. (갱신형)일반상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 503
2-36. (갱신형)일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 505
2-37. (갱신형)일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 507
2-38. (갱신형)일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 509
2-39. (갱신형)상해간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 511
2-40. (갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 515
2-41. (갱신형)상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관 518

2-42. (갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관 521
2-43. (갱신형)상해간호・간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 524
2-44. (갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관 526
2-45. (갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관 528
2-46. (갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관 530
2-47. (갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관 533
2-48. (갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관 536
2-49. (갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관 538
2-50. (갱신형)일반상해수술 특별약관 540
2-51. (갱신형)일반상해상급종합병원수술 특별약관 542
2-52. (갱신형)골절진단의료비용(치아파절제외) 특별약관 544
2-53. (갱신형)일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관 545
2-54. (갱신형)일반상해골절수술 특별약관 546
2-55. (갱신형)5대골절진단 특별약관 548
2-56. (갱신형)5대골절수술 특별약관 549
2-57. (갱신형)교통상해5대골절진단(운전자용) 특별약관 551
2-58. (갱신형)교통상해5대골절수술(운전자용) 특별약관 553
2-59. (갱신형)중증화상및부식진단 특별약관 556
2-60. (갱신형)일반상해화상진단 특별약관 557
2-61. (갱신형)일반상해화상수술 특별약관 558
2-62. (갱신형)일반상해응급실내원비(응급) 특별약관 560
2-63. (갱신형)일반상해흉터복원수술 특별약관 562
2-64. (갱신형)중대한특정상해수술(뇌,내장손상) 특별약관 564
2-65. (갱신형)탈구염좌및과긴장수술 특별약관 566
2-66. (갱신형)상해척추손상수술 특별약관 568
2-67. (갱신형)상해관절(무릎・고관절)손상수술 특별약관 570
2-68. (갱신형)상해MRI검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관 572
2-69. (갱신형)상해CT검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관 574
2-70. (갱신형)자동차사고치아보철치료(자가용) 특별약관 576
2-71. (갱신형)자동차사고성형수술(자가용) 특별약관 578
2-72. (갱신형)일상생활강력범죄발생 특별약관 580

3. 질병 및 상해관련 특별약관 582
3-1. (갱신형)질병및상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 583
3-2. (갱신형)질병및상해수술 특별약관 585
3-3. (갱신형)수술(1~8종)(시술포함) 특별약관 588
3-4. (갱신형)응급실내원비(응급) 특별약관 593
3-5. (갱신형)깁스치료비 특별약관 595

4. 비용 관련 특별약관 596
4-1. (갱신형)운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관 597
4-2. (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관 601
4-3. (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관 605
4-4. (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관 609
4-5. (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관 613
4-6. (갱신형)운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관 617
4-7. (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관 621

4-8. (갱신형)운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용) 특별약관 625
4-9. (갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용) 특별약관 628
4-10. (갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용) 특별약관 631
4-11. (갱신형)운전중사고벌금(대물)(운전자용) 특별약관 633
4-12. (갱신형)심급별운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(운전자용) 특별약관 635
4-13. (갱신형)운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(500만원한도)(운전자용) 특별약관 639
4-14. (갱신형)운전중보복운전피해보장(운전자용) 특별약관 642
4-15. (갱신형)보이스피싱손해 특별약관 644
4-16. (갱신형)면허정지보험금(영업용) 특별약관 647
4-17. (갱신형)면허취소보험금(영업용) 특별약관 649
4-18. (갱신형)민사소송법률비용손해 특별약관 651
4-19. (갱신형)자동차사고민사소송법률비용손해 특별약관 658
4-20. (갱신형)업무상과실・중과실치사상벌금비용 특별약관 665
4-21. (갱신형)업무상과실・중과실치사상변호사선임비용 특별약관 668
5. 배상책임관련 특별약관 671
5-1. 배상책임관련 특별약관 공통조항 672
5-2. (갱신형)가족일상생활배상책임Ⅱ 특별약관 680

제3절 제도성 특별약관 684

1. 이륜자동차운전및탑승중상해부담보 특별약관 685
2. 특정신체부위및질병보장제한부인수 특별약관 686
3. 보험료자동이체납입 특별약관 688
4. 제재위반 부담보 특별약관 689
5. 지정대리청구서비스 특별약관 690
6. 장애인전용보험전환 특별약관 692
7. 교통사고처리지원금(공탁금 선지급) 특별약관 695
8. 보험료 납입유예제도 특별약관 697
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 701
【별표2】 장해분류표 702
【별표3】 악성신생물(암) 분류표 721
【별표4】 제자리신생물 분류표 722
【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 723
【별표6】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 724
【별표7】 통합암 분류표 725
【별표8】 5대고액치료비암 분류표 728

【별표9】 10대고액암 분류표 729
【별표10】 16대특정암 분류표 730
【별표11】 전이암 분류표 731
【별표12】 일반암진단케어프로그램 세부내용 732
【별표13】 급여 항암방사선치료 분류표 733
【별표14】 급여 항암약물 분류표 734
【별표15】 신경차단파괴치료(급여) 대상 수가코드 735
【별표16】 뇌출혈 분류표 736
【별표17】 뇌졸중 분류표 737
【별표18】 뇌혈관질환 분류표 738
【별표19】 급성심근경색증 분류표 739
【별표20】 허혈성심장질환 분류표 740
【별표21】 32대질병 분류표 741
【별표22】 5대질환 분류표 745
【별표23】 알츠하이머병 분류표 746
【별표24】 파킨슨병 분류표 747
【별표25】 대상포진 분류표 748
【별표26】 대상포진눈병 분류표 749
【별표27】 통풍 분류표 750
【별표28】 루게릭병 분류표 751
【별표29】 말기폐질환 분류표 752
【별표30】 양성뇌종양 분류표 753
【별표31】 자동차사고부상등급표 754
【별표32】 낙상분류표 765
【별표33】 골절(치아파절제외)진단지급률표 766
【별표34】 골절(치아파절제외) 분류표 769
【별표35】 골절분류표 770
【별표36】 5대골절분류표 771
【별표37】 화상분류표 772
【별표38】 중대한특정상해분류표 773
【별표39】 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 분류표 774
【별표40】 상해 척추손상 분류표 775

【별표41】 상해 관절(무릎고관절)손상 분류표 776
【별표42】 급여상해CT검사분류표 777
【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표 781
【별표44】 "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용 795
【별표45】 "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액 796
【별표46】 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료 797
【별표47】 특정신체부위 및 질병 분류표 798

※【부록】‘표적항암제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내 800
※【부록】‘특정면역항암제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내 805
※【부록】‘특정항암호르몬치료제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내 806
※【부록-법 및 규정】 약관에서 인용된 법규정 809
※ AXA예방케어/상담케어 서비스 안내문 901
※ 당사 기가입자 할인 안내문 902
※ 보험용어 해설 903
※ 특별약관 색인 904

이 약관은 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

同 guidebook은 보험규정의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 관점에서 약관 주요 내용 등을 쉽게 찾고
이해할 방법을 안내하는 그것을 목적으로 함

1 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

2 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**
시각화된 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**
보험약관 (주계약&특약)	▪ **주계약(보통약관)** : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 ▪ **특약(특별약관)** : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 **해설**, 가나다 順 **특약 색인**, **관련 법규** 등을 소비자에게 안내

3 QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수 및 영상자료** 등을 안내드리오니,
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

1	**보험금 지급 및 지급제한 사항**	제3조(보험금의 지급사유) P.66 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) P.66	영상자료

* 본인이 가입한 특약을 확인하여 **가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인**할 필요

2	**청약 철회**	제18조(청약의 철회) P.72	영상자료
3	**계약 취소**	제19조(약관교부 및 설명의무 등) P.73	영상자료
4	**계약 무효**	제20조(계약의 무효) P.74	영상자료
5	**계약 前 알릴 의무 및 위반효과**	제13조(계약 전 알릴 의무) P.69 제15조(알릴 의무 위반의 효과) P.70	영상자료
6	**계약 後 알릴 의무 및 위반효과**	제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) P.69 제15조(알릴 의무 위반의 효과) P.70	영상자료
7	**보험료 연체 및 해지**	제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) P.77	영상자료
8	**부활(효력회복)**	제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) P.78	영상자료
9	**해약환급금**	제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) P.79 제34조(해약환급금) P.80	영상자료
10	**보험계약대출**	제35조(보험계약대출) P.80	영상자료

5 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리**하게 이용할 수 있습니다.

1. 시각화된 **'약관요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.
   약관 요약서 P.17

2. **'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.
   핵심 체크항목 P.15

3. **'가나다 順 특약 색인 (索引)'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.
   * 주 계약에 부가된 **특약**은 자유롭게 **선택, 가입**(의무특약제외)할 수 있고 **가입특약**에 한해 **보장**받을 수 있음
   특약 색인 P.904

4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.
   용어 해설 P.903

5. 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.
   QR코드 P.14

6. **'관련법규' 항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.
   관련법규 P.809

7. 약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

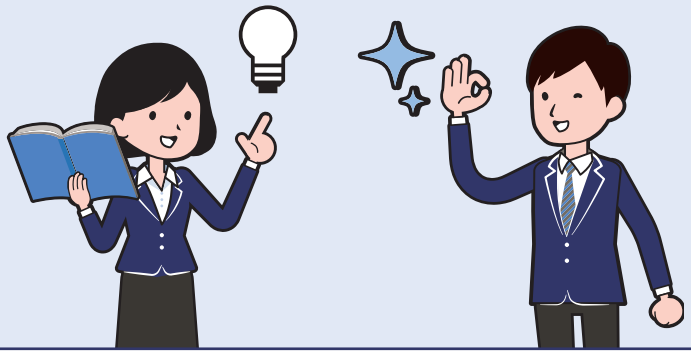
6 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.axa.co.kr), **고객 콜센터**(1566-1566)로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보 포탈**(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능

쉽게 이해하는

약관요약서



이 요약서는 그림 ·도표· 아이콘· 삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.

보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로, **동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정**하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요

■ 보험회사명 : 악사손해보험 주식회사
■ 보험상품명 : 무배당 AXA올인원종합보험(갱신형)2604
■ 보험상품의 종목 : 상해보험

01. 상품의 주요 특징

▶ **일반상해로 인한 후유장해 뿐만 아니라 특약가입시 3대 질병을 든든하게 보장**
: 암, 뇌, 심장 질환의 진단비 / 생활자금 / 사망 보장
▶ **특약 가입 시 질병 및 상해에 대한 입원비와 수술비 보장**
▶ **특약 가입 시 교통상해사고 및 운전 중 발생한 사고처리비용을 보장**
▶ **특약 가입 시, 일상생활 중 발생 가능한 배상책임 및 상해, 보이스피싱 손해를 보장**

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 AXA올인원종합보험(갱신형)2604

❶ 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
❷ 상해 및 질병보험 : 상해 및 질병으로 인한 진단·입원·수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.
❸ 갱신형 : 보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01. 보험금 지급제한사항

주의 이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금** 등 보험금 **지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 면책기간

면책기간 보험금 미지급

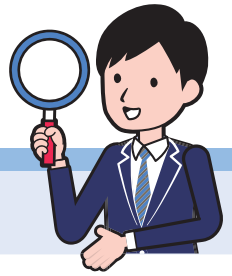
이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	보장한도
(갱신형)암진단금 특별약관	(갱신형)암진단금	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단시 면책 없음
(갱신형)통합암진단금(특정소액암) 특별약관	(갱신형)통합암진단금 (특정소액암)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암진단금 (특정소화기암) 특별약관	(갱신형)통합암진단금 (특정소화기암)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암진단금(4대특정암) 특별약관	(갱신형)통합암진단금 (4대특정암)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암진단금 (림프종및백혈병관련암) 특별약관	(갱신형)통합암진단금 (림프종및백혈병관련암)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암진단금 (심장암및뇌암) 특별약관	(갱신형)통합암진단금 (심장암및뇌암)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암진단금(폐암) 특별약관	(갱신형)통합암진단금(폐암)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암진단금 (4대특정암Ⅱ) 특별약관	(갱신형)통합암진단금 (4대특정암Ⅱ)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암진단금 (12대특정암) 특별약관	(갱신형)통합암진단금 (12대특정암)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)5대고액치료비암진단금 특별약관	(갱신형)5대고액치료비암 진단금	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)10대고액암진단금 특별약관	(갱신형)10대고액암진단금	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)16대특정암진단금 특별약관	(갱신형)16대특정암진단금	가입 후 90일간 보장 제외

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

구분	담보명	보장한도
(갱신형)전이암진단금 특별약관	(갱신형)전이암진단금	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)암진단후생활자금(2년) 특별약관	(갱신형)암진단후생활자금(2년)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단시 면책 없음
(갱신형)암진단후생활자금(5년) 특별약관	(갱신형)암진단후생활자금(5년)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단시 면책 없음
(갱신형)암사망 특별약관	(갱신형)암사망	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”으로 사망시 면책 없음
(갱신형)암수술 특별약관	(갱신형)암수술	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 수술시 면책 없음
(갱신형)암관혈수술(내시경, 복강경하,흉강경하수술제외) (연간1회한) 특별약관	(갱신형)암관혈수술(내시경, 복강경하,흉강경하수술제외) (연간1회한)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 수술시 면책 없음
(갱신형)다빈치로봇암수술 (전립선암및갑상선암제외) (연간1회한) 특별약관	(갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외) (연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)다빈치로봇암수술 (전립선암및갑상선암)(연간1회한) 특별약관	(갱신형)다빈치로봇암수술 (전립선암및갑상선암)(연간 1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)암요양병원입원일당 (1일이상90일한도) 특별약관	(갱신형)암요양병원입원일당 (1일이상90일한도)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 입원시 면책 없음
(갱신형)암직접치료입원일당 (1일이상180일한도)(요양병원제외) 특별약관	(갱신형)암직접치료입원일당 (1일이상180일한도) (요양병원제외)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 입원시 면책 없음
(갱신형) 암직접치료상급종합병원입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형)암직접치료상급 종합병원입원일당 (1일이상180일한도)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 입원시 면책 없음
(갱신형)암직접치료상급종합병원 통원일당 특별약관	(갱신형)암직접치료상급종합 병원통원일당	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 통원시 면책 없음
(갱신형)항암방사선·약물치료비 특별약관	(갱신형)항암방사선· 약물치료비	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)항암방사선·약물치료비 (급여,연간1회한) 특별약관	(갱신형)계속주는항암방사 선·약물치료비	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)표적항암약물허가치료비 특별약관	(갱신형)표적항암약물허가 치료비	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)표적항암약물허가치료비 (연간1회한) 특별약관	(갱신형)표적항암약물허가치 료비(연간1회한)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음



구분	담보명	보장한도
(갱신형)일반암치료관리 특별약관	(갱신형)일반암치료관리	가입 후 90일 이내 “암”진단시보장 제외
(갱신형)항암세기조절방사선치료비 특별약관	(갱신형)항암세기조절방사선치료비	가입 후 90일 이내 "암" 진단시 보장 제외 "기타피부암", "갑상선암" 치료시 면책 없음
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당) 특별약관	(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)항암양성자방사선치료비 특별약관	(갱신형)항암양성자방사선치료비	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당) 특별약관	(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)항암중입자방사선치료비 특별약관	(갱신형) 항암중입자방사선치료비	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형)암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형) 상급종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 상급종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)비급여암주요치료비 (전액본인부담포함)(연간1회한, 진단후1년) 특별약관	(갱신형)비급여암주요치료비 (전액본인부담포함) (연간1회한,진단후1년)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한) 특별약관	(갱신형)특정항암호르몬약물 허가치료비(연간1회한)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형)카티(CAR-T) 항암약물허가치료비 (연간1회한)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)암특정재활치료비(급여,1일1회한,연간10회한) 특별약관	(갱신형)암특정재활치료비 (급여,1일1회한,연간10회한)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 치료시 면책 없음
(갱신형)암특정통증완화치료비 (급여,연간1회한) 특별약관	(갱신형) 암특정통증완화치료비 (급여,연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
(갱신형)통합암검사비 특별약관	(갱신형)통합암검사비	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암” 검사시 면책 없음 (단, 특정NGS유전자패널검사비(연간1회한)는 가입 후 90일간 보장 제외)

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

구분	담보명	보장한도
(갱신형)암수술(상급종합병원) 특별약관	(갱신형)암수술(상급종합병원)	가입 후 90일 이내 “암” 진단시 보장 제외 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 수술시 면책 없음
(갱신형)가족일상생활배상책임II 특별약관	(갱신형) 가족일상생활배상책임II	가입 후 90일 이내 “누수사고” 발생시 보장 제외 “누수 이외의 사고” 발생시 면책 없음

민원사례 A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구?

⇒ 보험회사는 보험 가입 후 **90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움**을 안내

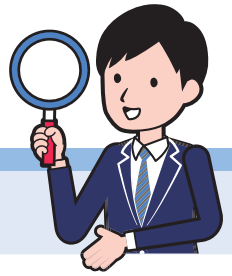
☑ 감액지급

감액지급 50% [1년이내]

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

■■■ 감액지급 적용 담보

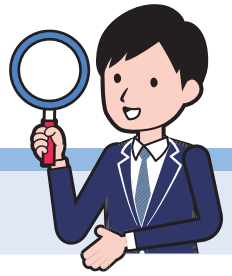
구분	담보명	보장한도
(갱신형) 암진단금 특별약관	(갱신형) 암진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(특정소액암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(특정소액암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(특정소화기암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(특정소화기암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(4대특정암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(4대특정암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(림프종및백혈병관련암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(림프종및백혈병관련암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(심장암및뇌암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(심장암및뇌암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(폐암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(폐암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(4대특정암II) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(4대특정암II)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(12대특정암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(12대특정암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통합암진단금(유사암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(유사암)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 5대고액치료비암진단금 특별약관	(갱신형) 5대고액치료비암진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급



구분	담보명	보장한도
(갱신형) 10대고액암진단금 특별약관	(갱신형) 10대고액암진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 16대특정암진단금 특별약관	(갱신형) 16대특정암진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 전이암진단금 특별약관	(갱신형) 전이암진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 뇌출혈진단금 특별약관	(갱신형) 뇌출혈진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 뇌졸중진단금 특별약관	(갱신형) 뇌졸중진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 뇌혈관질환진단금 특별약관	(갱신형) 뇌혈관질환진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 급성심근경색증진단금 특별약관	(갱신형) 급성심근경색증진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 허혈성심장질환진단금 특별약관	(갱신형) 허혈성심장질환진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 알츠하이머병진단금 특별약관	(갱신형) 알츠하이머병진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 파킨슨병진단금 특별약관	(갱신형) 파킨슨병진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 통풍진단금 특별약관	(갱신형) 통풍진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 루게릭병진단금 특별약관	(갱신형) 루게릭병진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 암진단후생활자금(2년) 특별약관	(갱신형) 암진단후생활자금(2년)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 암진단후생활자금(5년) 특별약관	(갱신형) 암진단후생활자금(5년)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 뇌출혈진단후생활자금 특별약관	(갱신형) 뇌출혈진단후생활자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 급성심근경색증진단후생활자금 특별약관	(갱신형) 급성심근경색증진단후생활자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 암사망 특별약관	(갱신형) 암사망	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 질병80%이상후유장해 특별약관	(갱신형) 질병80%이상후유장해	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 질병후유장해(3~100%) 특별약관	(갱신형) 질병후유장해(3~100%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 암수술 특별약관	(갱신형) 암수술	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

구분	담보명	보장한도
(갱신형) 암관혈수술(내시경, 복강경하, 흉강경하 수술제외)(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 암관혈수술(내시경, 복강경하, 흉강경하 수술제외)(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 180일 이하 보험금 25% 지급)
(갱신형) 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 180일 이하 보험금 25% 지급)
(갱신형) 암직접치료상급종합병원통원일당 특별약관	(갱신형) 암직접치료 상급종합병원통원일당	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 항암방사선•약물치료비 특별약관	(갱신형) 항암방사선•약물치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 항암방사선•약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관	(갱신형) 항암방사선•약물치료비(급여,연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 표적항암약물허가치료비 특별약관	(갱신형) 표적항암약물허가치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 표적항암약물허가치료비(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 항암세기조절방사선치료비 특별약관	(갱신형) 항암세기조절방사선치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 항암세기조절방사선치료비(치료횟수당) 특별약관	(갱신형) 항암세기조절방사선치료비(치료횟수당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 항암양성자방사선치료비 특별약관	(갱신형) 항암양성자방사선치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 항암양성자방사선치료비(치료횟수당) 특별약관	(갱신형) 항암양성자방사선치료비(치료횟수당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 항암중입자방사선치료비 특별약관	(갱신형) 항암중입자방사선치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 특정항암호르몬 약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급



구분	담보명	보장한도
(갱신형) 통합암검사비 특별약관	(갱신형) 통합암검사비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 암수술(상급종합병원) 특별약관	(갱신형) 암수술(상급종합병원)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 32대질병수술 특별약관	(갱신형) 32대질병수술	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 5대질환수술(관혈/비관혈)(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 5대질환수술(관혈/비관혈)(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 허혈성심장질환수술 특별약관	(갱신형) 허혈성심장질환수술	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 뇌혈관질환수술 특별약관	(갱신형) 뇌혈관질환수술	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 뇌출혈수술 특별약관	(갱신형) 뇌출혈수술	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 급성심근경색증수술 특별약관	(갱신형) 급성심근경색증수술	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 급성심근경색증혈전용해치료비 특별약관	(갱신형) 급성심근경색증혈전용해치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 뇌경색증혈전용해치료비 특별약관	(갱신형) 뇌경색증혈전용해치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 말기간경화진단금 특별약관	(갱신형) 말기간경화진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 말기신부전증진단금 특별약관	(갱신형) 말기신부전증진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 말기폐질환진단금 특별약관	(갱신형) 말기폐질환진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 양성뇌종양진단금 특별약관	(갱신형) 양성뇌종양진단금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(갱신형) 수술(1~8종)(시술포함) 특별약관	(갱신형) 수술(1~8종)(시술포함)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

보장한도

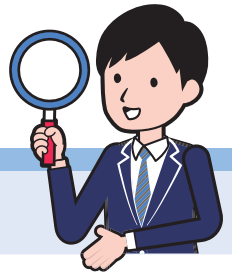
보장한도 최초 1회한

보장한도 보험금 지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 보장한도 적용 담보

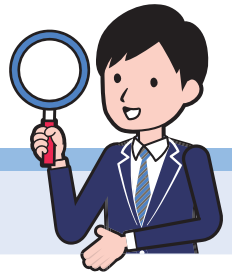
구분	담보명	보장한도
(갱신형) 일반상해80%이상후유장해 보통약관	(갱신형) 일반상해80%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 암진단금 특별약관	(갱신형) 암진단금	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 진단시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형) 통합암진단금(특정소액암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(특정소액암)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(특정소화기암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(특정소화기암)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(4대특정암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(4대특정암)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(림프종및백혈병관련암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금 (림프종및백혈병관련암)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(심장암및뇌암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(심장암및뇌암)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(폐암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(폐암)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(4대특정암II) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(4대특정암II)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(12대특정암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(12대특정암)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통합암진단금(유사암) 특별약관	(갱신형) 통합암진단금(유사암)	각각 최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 5대고액치료비암진단금 특별약관	(갱신형) 5대고액치료비암진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 10대고액암진단금 특별약관	(갱신형) 10대고액암진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 16대특정암진단금 특별약관	(갱신형) 16대특정암진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 일반암치료관리 특별약관	(갱신형) 일반암치료관리	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 전이암진단금 특별약관	(갱신형) 전이암진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 뇌출혈진단금 특별약관	(갱신형) 뇌출혈진단금	최초 1회에 한해 보장



구분	담보명	보장한도
(갱신형) 뇌졸중진단금 특별약관	(갱신형) 뇌졸중진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 뇌혈관질환진단금 특별약관	(갱신형) 뇌혈관질환진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 급성심근경색증진단금 특별약관	(갱신형) 급성심근경색증진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 허혈성심장질환진단금 특별약관	(갱신형) 허혈성심장질환진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 알츠하이머병진단금 특별약관	(갱신형) 알츠하이머병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 파킨슨병진단금 특별약관	(갱신형) 파킨슨병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 대상포진진단금 특별약관	(갱신형) 대상포진진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 대상포진눈병진단금 특별약관	(갱신형) 대상포진눈병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 통풍진단금 특별약관	(갱신형) 통풍진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 루게릭병진단금 특별약관	(갱신형) 루게릭병진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 암진단후생활자금(2년) 특별약관	(갱신형) 암진단후생활자금(2년)	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 진단시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형) 암진단후생활자금(5년) 특별약관	(갱신형) 암진단후생활자금(5년)	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 진단시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형) 뇌출혈진단후생활자금 특별약관	(갱신형) 뇌출혈진단후생활자금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 급성심근경색증진단후생활자금 특별약관	(갱신형) 급성심근경색증진단후생활자금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 심뇌혈관질환입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 뇌출혈및급성심근경색증입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 뇌출혈및급성심근경색증입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 급성심근경색증혈전용해치료비 특별약관	(갱신형) 급성심근경색증혈전용해치료비	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 뇌경색증혈전용해치료비 특별약관	(갱신형) 뇌경색증혈전용해치료비	최초 1회에 한해 보장

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

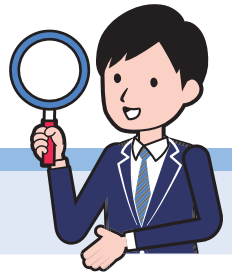
구분	담보명	보장한도
(갱신형) 2대질병주요치료비 (연간1회한,진단후10년) 특별약관	(갱신형) 2대질병주요치료비 (연간1회한,진단후10년)	2대질병 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 종합병원2대질병주요치료비 (연간1회한,진단후10년) 특별약관	(갱신형) 종합병원2대질병주요치료비 (연간1회한,진단후10년)	2대질병 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 상급종합병원2대질병주요치료비 (연간1회한,진단후10년) 특별약관	(갱신형) 상급종합병원2대질병주요치료비 (연간1회한,진단후10년)	2대질병 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 암관혈수술(내시경, 복강경하, 흉강경하 수술제외)(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 암관혈수술(내시경, 복강경하, 흉강경하 수술제외)(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외) (연간1회한) 특별약관	(갱신형) 다빈치로봇암수술 (전립선암및갑상선암제외)(연간1 회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암) (연간1회한) 특별약관	(갱신형) 다빈치로봇암수술 (전립선암및갑상선암)(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 암요양병원입원일당 (1일이상90일한도) 특별약관	(갱신형) 암요양병원입원일당 (1일이상90일한도)	1회 입원당 90일 한도로 보장
(갱신형) 암직접치료입원일당 (1일이상180일한도)(요양병원제외) 특별약관	(갱신형) 암직접치료입원일당 (1일이상180일한도)(요양병원제외)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 항암방사선·약물치료비 특별약관	(갱신형) 항암방사선·약물치료비	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 치료시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형) 항암방사선·약물치료비 (급여,연간1회한) 특별약관	(갱신형) 항암방사선·약물치료비 (급여,연간1회한)	각각 연간 1회에 한해 보장
(갱신형) 표적항암약물허가치료비 특별약관	(갱신형) 표적항암약물허가치료비	각각 최초 1회에 한해 보장 단, 일반암으로 치료시 최초 1회 보장 후 보장소멸
(갱신형) 표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 표적항암약물허가치료비 (연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 항암세기조절방사선치료비 특별약관	(갱신형) 항암세기조절방사선치료비	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 항암양성자방사선치료비 특별약관	(갱신형) 항암양성자방사선치료비	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 항암중입자방사선치료비 특별약관	(갱신형) 항암중입자방사선치료비	최초 1회에 한해 보장



구분	담보명	보장한도
(갱신형) 암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년)	암(기타피부암및갑상선암제외) 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 기타피부암및갑상선암주요치료비 (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 기타피부암및갑상선암주요치료비 (연간1회한,진단후1년)	기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년)	암(기타피부암및갑상선암제외) 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비 (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 종합병원기타피부암및갑상선암 주요치료비(연간1회한,진단후1년)	기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 상급종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 상급종합병원암주요치료비 (기타피부암및갑상선암제외) (연간1회한,진단후1년)	암(기타피부암및갑상선암제외) 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 상급종합병원기타피부암및갑상선암 주요치료비(연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 상급종합병원기타피부암및갑상선암 주요치료비(연간1회한,진단후1년)	기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 비급여암주요치료비(전액본인부담포함) (연간1회한,진단후1년) 특별약관	(갱신형) 비급여암주요치료비 (전액본인부담포함) (연간1회한,진단후1년)	암(기타피부암및갑상선암제외), 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 10년동안 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한) 특별약관	(갱신형) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비 (연간1회한) 특별약관	(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비 (연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 암특정재활치료비 (급여,1일1회한,연간10회한) 특별약관	(갱신형) 암특정재활치료비 (급여,1일1회한,연간10회한)	입원, 통원 각각 연간 10회 한도로 보장
(갱신형) 암특정통증완화치료비 (급여,연간1회한) 특별약관	(갱신형) 암특정통증완화치료비 (급여,연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 통합암검사비 특별약관	(갱신형) 통합암검사비	세부 담보별로 각각 연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 질병80%이상후유장해 특별약관	(갱신형) 질병80%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

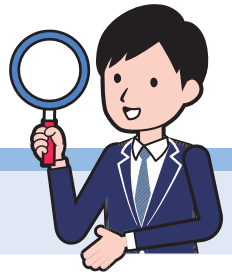
구분	담보명	보장한도
(갱신형) 질병및상해입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병및상해입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 상해/질병 각각 보장
(갱신형) 질병입원일당 (4일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병입원일당 (4일이상180일한도)	1회 입원당 3일 초과 180일 한도로 보장
(갱신형) 질병입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 질병종합병원입원일당 (4일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병종합병원입원일당 (4일이상180일한도)	1회 입원당 3일 초과 180일 한도로 보장
(갱신형) 질병상급종합병원입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병상급종합병원입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 질병간병인지원입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병간병인지원입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 질병간병인사용입원일당 (요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병간병인사용입원일당 (요양병원제외)(1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 질병간병인사용입원일당(요양병원) (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병간병인사용입원일당(요양병원) (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 질병간병인사용입원일당(특정병원제외) (181일이상) 특별약관	(갱신형)질병간병인사용입원일당 (특정병원제외)(181일이상)	1회 입원당 185일 한도로 보장
(갱신형) 질병간호·간병통합서비스입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 질병간호·간병통합서비스입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 5대질환수술(관혈/비관혈)(연간1회한) 특별약관	(갱신형) 5대질환수술(관혈/비관혈) (연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
(갱신형) 말기간경화진단금 특별약관	(갱신형) 말기간경화진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 말기신부전증진단금 특별약관	(갱신형) 말기신부전증진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 말기폐질환진단금 특별약관	(갱신형) 말기폐질환진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 양성뇌종양진단금 특별약관	(갱신형) 양성뇌종양진단금	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 일반상해50%이상후유장해 특별약관	(갱신형) 일반상해50%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장



구분	담보명	보장한도
(갱신형) 교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관	(갱신형) 교통상해50%이상후유장해 (운전자용)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 교통상해50%이상후유장해(비운전자) 특별약관	(갱신형) 교통상해50%이상후유장해 (비운전자)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 운전중교통상해 50%이상후유장해(운전자용) 특별약관	(갱신형) 운전중교통상해 50%이상후유장해(운전자용)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 운전중뺑소니무보험차교통상해 50%이상후유장해(자가용) 특별약관	(갱신형) 운전중뺑소니무보험차교통상해 50%이상후유장해(자가용)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 뺑소니무보험차일반상해 50%이상후유장해 특별약관	(갱신형) 뺑소니무보험차일반상해 50%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 운전중뺑소니무보험차교통상해 80%이상후유장해(자가용) 특별약관	(갱신형) 운전중뺑소니무보험차교통상해 80%이상후유장해(자가용)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 뺑소니무보험차일반상해 80%이상후유장해 특별약관	(갱신형) 뺑소니무보험차일반상해 80%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 교통상해80%이상후유장해 (체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관	(갱신형) 교통상해80%이상후유장해 (체증형,5년간매월지급)(운전자용)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 교통상해80%이상후유장해 (체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관	(갱신형) 교통상해80%이상후유장해 (체증형,5년간매월지급)(비운전자)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 운전중교통상해80%이상후유장해 (체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관	(갱신형) 운전중교통상해80%이상후유장해 (체증형,5년간매월지급)(운전자용)	최초 1회에 한해 보장
(갱신형) 교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관	(갱신형) 교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(운전자용)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관	(갱신형) 교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(비운전자)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 교통상해종합병원입원일당 (1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관	(갱신형) 교통상해종합병원입원일당 (1일이상180일한도)(운전자용)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 교통상해종합병원입원일당 (1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관	(갱신형) 교통상해종합병원입원일당 (1일이상180일한도)(비운전자)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 신주말교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관	(갱신형) 신주말교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(운전자용)	1회 입원당 180일 한도로 보장

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

구분	담보명	보장한도
(갱신형) 신주말교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관	(갱신형) 신주말교통상해입원일당 (1일이상180일한도)(비운전자)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 일반상해 입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 일반상해입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 일반상해종합병원입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 일반상해종합병원입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 일반상해중환자실입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 일반상해중환자실입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 일반상해상급종합병원입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 일반상해상급종합병원입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 상해간병인지원입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 상해간병인지원입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 상해간병인사용입원일당(요양병원제외) (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 상해간병인사용입원일당 (요양병원제외)(1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 상해간병인사용입원일당(요양병원) (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 상해간병인사용입원일당(요양병원) (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 상해간병인사용입원일당(특정병원제외) (181일이상) 특별약관	(갱신형) 상해간병인사용입원일당 (특정병원제외)(181일이상)	1회 입원당 185일 한도로 보장
(갱신형) 상해간호·간병통합서비스입원일당 (1일이상180일한도) 특별약관	(갱신형) 상해간호·간병통합서비스입원일당 (1일이상180일한도)	1회 입원당 180일 한도로 보장
(갱신형) 상해MRI검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관	(갱신형) 상해MRI검사지원비(급여,연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
(갱신형) 상해CT검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관	(갱신형) 상해CT검사지원비(급여,연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
(갱신형) 중증화상및부식진단 특별약관	(갱신형) 중증화상및부식진단	최초 1회 한도로 보장
(갱신형) 중대한특정상해수술(뇌,내장손상) 특별약관	(갱신형) 중대한특정상해수술(뇌, 내장손상)	최초 1회 한도로 보장
(갱신형) 면허정지보험금(영업용) 특별약관	(갱신형) 면허정지보험금(영업용)	면허정지기간 1일당 60일 한도로 보장



☑ 자기부담금 차감

자기부담금 차감 후 지급

이 보험에는 보상대상 금액에 대해 **일정금액 또는 일정비율**의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있습니다.

■■■ 자기부담금을 차감하는 담보

구분	담보명	보장한도
(갱신형) 가족일상생활배상책임II 특별약관	(갱신형) 가족일상생활배상책임II	대인/대물 각각 20만원 (대물의 경우 '누수사고'는 50만원)
심급별운전중사고변호사선임비용 (특정사고경찰조사포함)(운전자용) 특별약관	심급별운전중사고변호사 선임비용(특정사고경찰조사 포함)(운전자용)	"1사고"마다 "소송의 심급별"로 발생한 변호사선임비용의 50%
(갱신형) 민사소송법률비용손해 특별약관	(갱신형) 민사소송법률비용손해	변호사비용 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원)
(갱신형) 자동차사고민사소송 법률비용손해 특별약관	(갱신형) 자동차사고민사소송 법률비용손해	변호사비용 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원)

02. 해약환급금에 관한 사항

⦿ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

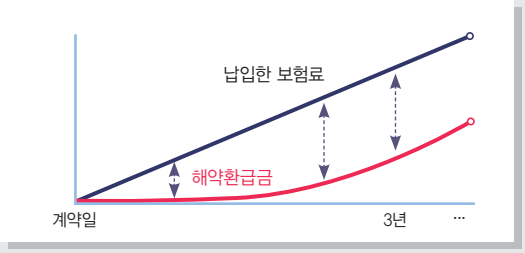
해약환급금 적음 [납입기간 중 해지시]

주의

① **해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

* 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

예시① **일반상품**



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

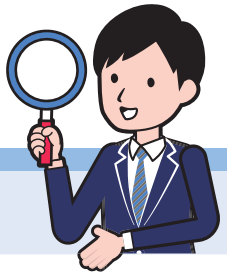
⊙ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

주의

갱신형 계약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

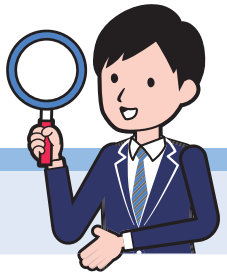
- (갱신형)일반상해80%이상후유장해 보통약관
- (갱신형)암진단금 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(특정소액암)
- (갱신형)통합암진단금(특정소화기암) 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(4대특정암) 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(림프종및백혈병관련암) 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(심장암및뇌암) 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(폐암) 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(4대특정암II) 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(12대특정암) 특별약관
- (갱신형)통합암진단금(유사암) 특별약관
- (갱신형)5대고액치료비암진단금 특별약관
- (갱신형)10대고액암진단금 특별약관
- (갱신형)16대특정암진단금 특별약관
- (갱신형)전이암진단금 특별약관
- (갱신형)일반암치료관리 특별약관
- (갱신형)뇌출혈진단금 특별약관
- (갱신형)뇌졸중진단금 특별약관
- (갱신형)뇌혈관질환진단금 특별약관
- (갱신형)급성심근경색증진단금 특별약관
- (갱신형)허혈성심장질환진단금 특별약관
- (갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관
- (갱신형)파킨슨병진단금 특별약관
- (갱신형)대상포진진단금 특별약관
- (갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관
- (갱신형)통풍진단금 특별약관
- (갱신형)루게릭병진단금 특별약관
- (갱신형)암진단후생활자금(2년) 특별약관
- (갱신형)암진단후생활자금(5년) 특별약관
- (갱신형)뇌출혈진단후생활자금 특별약관
- (갱신형)급성심근경색증진단후생활자금 특별약관
- (갱신형)심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
- (갱신형)뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
- (갱신형)암사망 특별약관
- (갱신형)뇌졸중사망 특별약관



(갱신형)급성심근경색증사망 특별약관
(갱신형)질병사망 특별약관
(갱신형)질병80%이상후유장해 특별약관
(갱신형)질병후유장해(3~100%) 특별약관
(갱신형)암수술 특별약관
(갱신형)암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 특별약관
(갱신형)암직접치료입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 특별약관
(갱신형)항암방사선•약물치료비 특별약관
(갱신형)항암방사선•약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관
(갱신형)표적항암약물허가치료비 특별약관
(갱신형)항암세기조절방사선치료비 특별약관
(갱신형)항암양성자방사선치료비 특별약관
(갱신형)항암중입자방사선치료비 특별약관
(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한) 특별약관
(갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한) 특별약관
(갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한)특별약관
(갱신형)암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)상급종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)암직접치료상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)암직접치료상급종합병원통원일당 특별약관
(갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당) 특별약관
(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당) 특별약관
(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관
(갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관
(갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관
(갱신형)암특정재활치료비(급여,1일1회한,연간10회한) 특별약관
(갱신형)암특정통증완화치료비(급여,연간1회한) 특별약관
(갱신형)통합암검사비 특별약관
(갱신형)암수술(상급종합병원) 특별약관
(갱신형)질병및상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병입원일당(4일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병종합병원입원일당(4일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)질병및상해수술 특별약관

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

(갱신형)질병수술 특별약관
(갱신형)질병수술(특정경증질환제외) 특별약관
(갱신형)질병상급종합병원수술 특별약관
(갱신형)32대질병수술 특별약관
(갱신형)5대질환수술(관혈/비관혈)(연간1회한) 특별약관
(갱신형)허혈성심장질환수술 특별약관
(갱신형)뇌혈관질환수술 특별약관
(갱신형)뇌출혈수술 특별약관
(갱신형)급성심근경색증수술 특별약관
(갱신형)급성심근경색증혈전용해치료비 특별약관
(갱신형)뇌경색증혈전용해치료비 특별약관
(갱신형)2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)상급종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관
(갱신형)말기간경화진단금 특별약관
(갱신형)말기신부전증진단금 특별약관
(갱신형)말기폐질환진단금 특별약관
(갱신형)양성뇌종양진단금 특별약관
(갱신형)상해사망 특별약관
(갱신형)일반상해후유장해(3~100%) 특별약관
(갱신형)일반상해50%이상후유장해 특별약관
(갱신형)교통상해사망(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해사망(비운전자) 특별약관
(갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관
(갱신형)교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해50%이상후유장해(비운전자) 특별약관
(갱신형)운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관
(갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관
(갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관
(갱신형)대중교통이용중교통상해사망후유장해(3~100%) 특별약관
(갱신형)단지내상해사망후유장해(3~100%) 특별약관
(갱신형)붕괴침강및사태상해사망후유장해(3~100%) 특별약관
(갱신형)추락사고상해사망후유장해(3~100%) 특별약관
(갱신형)운전중뺑소니무보험차상해50%이상후유장해(자가용) 특별약관
(갱신형)뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해 특별약관
(갱신형)운전중뺑소니무보험차상해80%이상후유장해(자가용) 특별약관
(갱신형)뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해 특별약관
(갱신형)운전중뺑소니무보험차상해사망(자가용) 특별약관
(갱신형)뺑소니무보험차일반상해사망 특별약관
(갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관
(갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관
(갱신형)운전중교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관



(갱신형)운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관
(갱신형)자동차사고부상(1~14급)(운전자용) 특별약관
(갱신형)자동차사고부상(1~11급)(운전자용) 특별약관
(갱신형)자동차사고부상(1~3급)(운전자용) 특별약관
(갱신형)자동차사고부상(1~14급)(비운전자) 특별약관
(갱신형)자동차사고부상(1~11급)(비운전자) 특별약관
(갱신형)자동차사고부상(1~3급)(비운전자) 특별약관
(갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관
(갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관
(갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관
(갱신형)일반상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)상해간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)상해간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관
(갱신형)일반상해수술 특별약관
(갱신형)일반상해상급종합병원수술 특별약관
(갱신형)골절진단의료비용(치아파절제외) 특별약관
(갱신형)일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관
(갱신형)일반상해골절수술 특별약관
(갱신형)5대골절진단 특별약관
(갱신형)5대골절수술 특별약관
(갱신형)교통상해5대골절진단(운전자용) 특별약관
(갱신형)교통상해5대골절수술(운전자용) 특별약관
(갱신형)중증화상및부식진단 특별약관
(갱신형)일반상해화상진단 특별약관
(갱신형)일반상해화상수술 특별약관
(갱신형)일반상해응급실내원비(응급) 특별약관
(갱신형)자동차사고치아보철치료(자가용) 특별약관
(갱신형)자동차사고성형수술(자가용) 특별약관
(갱신형)일반상해흉터복원수술 특별약관
(갱신형)중대한특정상해수술(뇌,내장손상) 특별약관
(갱신형)일상생활강력범죄발생 특별약관
(갱신형)수술(1~8종)(시술포함) 특별약관
(갱신형)응급실내원비(응급) 특별약관
(갱신형)깁스치료비 특별약관
(갱신형)상해MRI검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관
(갱신형)상해CT검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관
(갱신형)탈구염좌및과긴장수술 특별약관

(갱신형)상해척추손상수술 특별약관
(갱신형)상해관절(무릎•고관절) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대물)(운전자용) 특별약관
(갱신형)심급별운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중보복운전피해보장(운전자용) 특별약관
(갱신형)보이스피싱손해 특별약관
(갱신형)면허정지보험금(영업용) 특별약관
(갱신형)면허취소보험금(영업용) 특별약관
(갱신형)가족일상생활배상책임Ⅱ 특별약관
(갱신형)민사소송법률비용손해 특별약관
(갱신형)자동차사고민사소송법률비용손해 특별약관
(갱신형)업무상과실•중과실치사상벌금비용 특별약관
(갱신형)업무상과실•중과실치사상변호사선임비용 특별약관
(갱신형)상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관
(갱신형)질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관
(갱신형)운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(500만원한도)(운전자용) 특별약관

04. 실손보상형 담보/실손의료보험

⦿ 이 보험에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있습니다.

실손형 담보 [중복가입 부적절] 중복가입시 비례보상

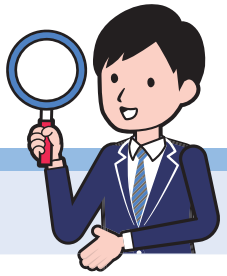
주의

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복 가입**하더라도 **실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복 가입 시 비례 보상)

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보(또는 실손의료보험)에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

실손보상형 담보

(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관



(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용) 특별약관
(갱신형)운전중사고벌금(대물)(운전자용) 특별약관
(갱신형)심급별운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(운전자용) 특별약관
(갱신형)보이스피싱손해 특별약관
(갱신형)가족일상생활배상책임Ⅱ 특별약관
(갱신형)민사소송법률비용손해 특별약관
(갱신형)자동차사고민사소송법률비용손해 특별약관
(갱신형)업무상과실·중과실치사상벌금비용 특별약관
(갱신형)업무상과실·중과실치사상변호사선임비용 특별약관
(갱신형)운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(500만원한도)(운전자용)

05. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

☑ 보장성보험

주의

① 이 보험은 상해 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

☑ 예금자보호제도에 관한 사항

주의

① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

② 이 보험은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 **"1억원까지"**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다.

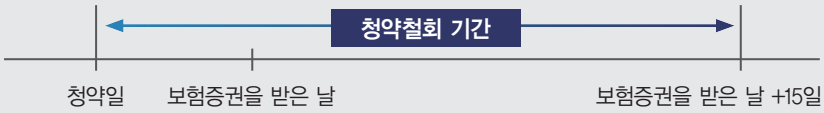
다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

01. 청약을 철회할 수 있는 권리

주계약(보통보험) 약관 **제18조**(청약의 철회)

⊙ 보험계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 **청약 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내**에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의

[청약철회가 불가한 경우]

① **청약일부터 30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

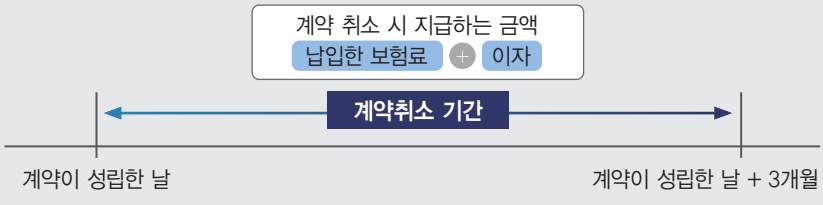
② **진단계약, 보장기간이 90일 미만인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약(보통보험) 약관 **제19조**(약관교부 및 설명의무 등)

⊙ 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약**을 **취소**할 수 있습니다.

- ☑ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ☑ **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ☑ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



03. 보험계약의 무효

주계약(보통보험) 약관 **제20조**(계약의 무효)

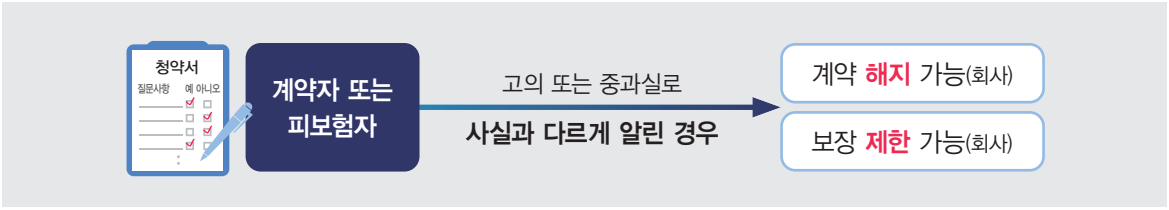
⊙ 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ☑ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- ☑ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- ☑ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

주계약(보통보험) 약관 **제13조**(계약 전 알릴 의무), **제15조**(알릴 의무 위반의 효과)

⊙ 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서**의 **질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항**을 **대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** ○○질병보험에 가입하였으며,
가입 이후 1년간 **당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구**

⇒ **보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

법률지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

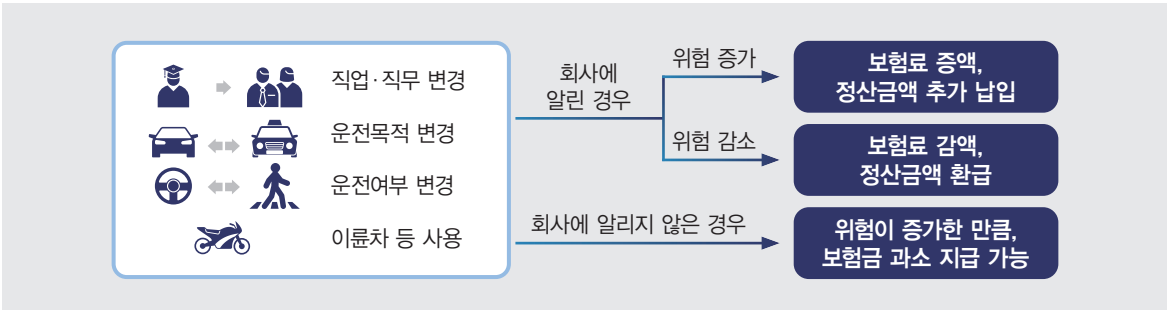
05. 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과

주계약(보통보험) 약관 | **제14조**(상해보험계약 후 알릴 의무), **제15조**(알릴 의무 위반의 효과)

⊙ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
① **위험**이 **감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,
② **위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.

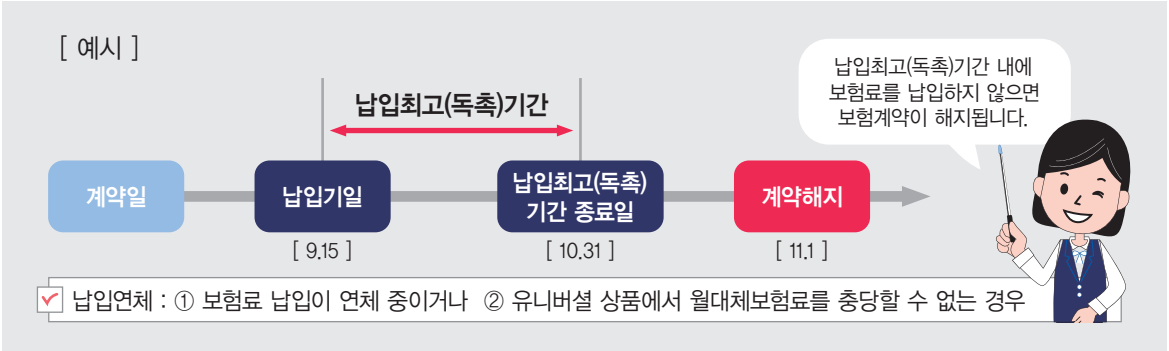


06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약(보통보험) 약관 | **제28조**(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

⊙ 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내**에 **보험료**를 **납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

* 납입최고(독촉) 기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)



07. 해지된 보험계약의 부활 (효력회복)

주계약(보통보험) 약관 **제29조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

⊙ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.

주의 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 **일부**를 **제한**할 수 있습니다.

08. 보험계약대출

주계약(보통보험) 약관 **제35조**(보험계약대출)

⊙ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주의
① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 이자는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 차감될 수 있습니다.
② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

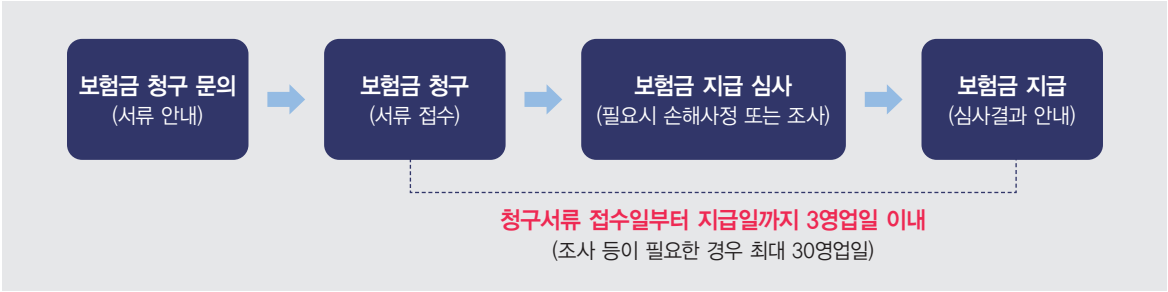
[해약환급금 지급 예시]

환급금 내역서				
해약환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원

09. 보험금 청구절차 및 서류

주계약(보통보험) 약관 | 보험금 청구 시 구비서류 안내, 보험금 지급절차 안내

⊙ **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 화재·배상책임보험은 7일, 질병·상해/실손보험은 30영업일이 소요될 수 있습니다.)



주의

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우가 있으니, **보험금 청구 전**에 보험회사에 **제출서류**를 **확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약 관련 유의사항

※ 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

※ 갱신계약

- 회사는 자동갱신 적용대상 계약의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 해당 피보험자의 갱신계약 보험료를 서면 등으로 통보합니다.
- 회사는 자동갱신 적용대상 계약의 갱신계약에 적용할 보험료가 개정된 경우에는 갱신일 현재의 보험료를 적용하며, 자동갱신 적용대상 계약의 보험료는 갱신시점의 이 계약의 적용기초율 및 연령의 변동 등을 반영하여 산출합니다.

※ 배상책임 관련 보장

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

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지 시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

3. 보험계약대출 관련 유의사항

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

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

1. 암 관련 담보

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 지난 이후에도 암진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 담보별 면책기간 및 감액기간은 아래와 같습니다.

담보명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책기간	최초 보험가입 후 정해진 기간 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급
암진단금	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	X	
암사망	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
통합암진단금(특정소액암)		90일	O (1년)
통합암진단금(특정소화기암)		90일	O (1년)
통합암진단금(4대특정암)		90일	O (1년)
통합암진단금(림프종및백혈병관련암)		90일	O (1년)
통합암진단금(심장암및뇌암)		90일	O (1년)
통합암진단금(폐암)		90일	O (1년)
통합암진단금(4대특정암II)		90일	O (1년)
통합암진단금(12대특정암)		90일	O (1년)
통합암진단금(유사암)		X	O (1년)
5대고액치료비암진단금		90일	O (1년)
10대고액암진단금		90일	O (1년)
16대특정암진단금		90일	O (1년)
전이암진단금		90일	O (1년)
암진단후 생활자금 (2년/5년)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 대장점막내암 제자리암 경계성종양	X	
암수술	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	

암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하 수술제외)(연간1회한)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한)	암(전립선암및갑상선암제외)	90일	O (1년) (단, 180일 미만 가입금액의 25% 지급)
다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한)	암(전립선암및갑상선암)	90일	O (1년) (단, 180일 미만 가입금액의 25% 지급)
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	암	90일	X
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
암직접치료입원일당(1일이상180일한도)	암	90일	X
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
암직접치료상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)	암	90일	X
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
암직접치료상급종합병원통원일당	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
항암방사선·약물치료비	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
표적항암약물허가치료비	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
표적항암약물허가치료비(연간1회한)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	

항암세기조절 방사선치료비	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암세기조절 방사선치료비 (치료횟수당)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암양성자방 사선치료비	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암양성자방 사선치료비 (치료횟수당)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
특정면역항암약 물허가치료비 (연간1회한)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
특정항암호르몬 약물허가치료비 (연간1회한)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
카티(CAR-T) 항암약물허가 치료비 (연간1회한)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
항암중입자방 사선치료비	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
암특정재활치 료비(급여,1일 1회한,연간10 회한)	암	90일	X
	기타피부암 갑상선암	X	
암특정통증완 화치료비(급여 ,연간1회한)	암	90일	X
통합암검사비	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암	X	
암수술 (상급종합병원)	암	90일	O (1년)
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
일반암치료관리		90일	X
암주요치료비(기타피부암및 갑상선암제외) (연간1회한,진 단후10년)	암	90일	X

종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)	암	90일	X
상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)	암	90일	X
비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회한,진단후10년)	암	90일	X
	기타피부암 갑상선암	X	

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술 보장에서 제외됩니다.

2. 특정질병 관련 담보

- 뇌출혈, 뇌졸중, 뇌혈관질환, 급성심근경색증, 허혈성심장질환 등을 보장하는 보험은 보험계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생 시 보험가입금액의 50%를 지급합니다.
- 뇌출혈, 뇌졸중, 뇌혈관질환, 급성심근경색증, 허혈성심장질환 등 특정 질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 담보별 면책기간 및 감액기간은 아래와 같습니다.

담보명	최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책기간	최초 보험가입 후 정해진 기간 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급
뇌출혈진단금	X	O (1년)
뇌졸중진단금	X	O (1년)
뇌혈관질환진단금	X	O (1년)
급성심근경색증진단금	X	O (1년)
허혈성심장질환진단금	X	O (1년)
알츠하이머병진단금	X	O (1년)
파킨슨병진단금	X	O (1년)
통풍진단금	X	O (1년)
루게릭병진단금	X	O (1년)
뇌출혈진단후생활자금	X	O (1년)
급성심근경색증진단후생활자금	X	O (1년)
32대질병수술	X	O (1년)
허혈성심장질환수술	X	O (1년)
뇌혈관질환수술	X	O (1년)

뇌출혈수술	X	O (1년)
급성심근경색증수술	X	O (1년)
급성심근경색증혈전용해치료비	X	O (1년)
뇌경색증혈전용해치료비	X	O (1년)
5대질환수술(관혈/비관혈)	X	O(1년)
수술(1~8종)(시술포함)	X	O(1년)
질병80%이상후유장해	X	O(1년)
질병후유장해(3~100%)	X	O(1년)
말기간경화진단금	X	O(1년)
말기신부전증진단금	X	O(1년)
말기폐질환진단금	X	O(1년)
양성뇌종양진단금	X	O(1년)

3. 수술 관련 담보

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

4. 입원 관련 담보

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5. 상해 관련 담보

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

6. 배상책임 관련 담보

- 담보별 면책기간은 아래와 같습니다.

담보명	구분	최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책기간	최초 보험가입 후 정해진 기간 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급
(갱신형)가족일상생활배상책임Ⅱ	누수 이외의 사고	X	X
	누수사고	90일	X

7. 배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

8. 대위권

- 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피

보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관일반조항, 보통약관보장조항, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(다만, 청약한 날부터 30일을 한도로 합니다)에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약체결 시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

5. 계약의 무효(배상책임 관련)

- 계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 이 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

6. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

7. 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

- 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

- 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

9. 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무

계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)

2) 계약 후 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
- 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

3) 알릴 의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

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

10. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일, 배상책임에 대한 보험금 및 재산손해에 대한 보험금은 지급보험금 결정 후 7일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위하여 위 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

11. 대위권(배상책임 관련)

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관일반조항, 보통약관보장조항, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험금 청구 시 구비서류 안내

질병/상해

구분	구비서류		발급처
공통	보험금 청구서 개인(신용)정보처리동의서 청구인 신분증 사본 (앞면) 통장사본		보험회사
	▶ 가족관계 확인이 필요한 경우 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)		주민센터
	▶ 타인에게 보험금 위임하는 경우 위임장 (인감 날인 혹은 서명) 보험금 청구권자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 위임받는 자의 개인(신용)정보처리동의서 위임받는 자의 신분증 앞면 사본 위임받는 자의 통장사본		보험회사 주민센터
	▶ 상해사고시 유형별 사고입증서류		
	교통사고	사고사실확인서 또는 자동차보험 지급결의서(보상처리확인서)	보험회사
	산재사고	산재재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서	근로복지공단
	군인재해	공무상병인증서	군부대
	기타 상해사고	공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서	공공기관 (경찰서,소방서)
		병원 초진차트 또는 진료기록지 등 사고 증명서류	병원
사망	사망진단서(시체검안서) 원본 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)		의료기관 주민센터
	▶ 수익자 미지정 (상속관계 확인서류 제출) 상속관계 확인서류 : 기본증명서(상세), 가족관계증명서(상세), 혼인관계증명서(상세)		주민센터
	▶ 상속인이 다수인 경우 1인에게 위임 시 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)		
후유장해	후유장해진단서		의료기관
	▶ 일반진단서로 대체 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray 필름 첨부 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재		
진단	암	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수검사지, 혈액검사지 - 뇌암/폐암/췌장암(조직검사 미시행) : 방사선 판독결과지 - 간암(조직검사 미시행) : 방사선 판독결과지 및 혈액검사지	의료기관
	뇌질환	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) CT, MRI, MRA 등 방사선 판독결과지	
	심장질환	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 각종검사 결과지(관상동맥조영술, 심전도검사, 심장초음파, 심근효소검사 등)	
	골절	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 추정진단의 경우 X-ray 필름 또는 방사선판독지	
	화상	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 심재성 여부 기재	
입원	입원기간이 포함된 진단서 또는 진단명이 포함된 입원확인서		의료기관
통원	통원기간이 포함된 진단서 또는 진단명이 포함된 통원확인서		의료기관
수술	진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류		의료기관
	수술기록지		
치아	치과치료 확인서(당사양식)		보험회사

	진단서 진료기록사본 치료 전·후 치아 X-Ray(파노라마) 사진 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서		의료기관
치료비	항암·방사선 약물치료비 / 항암세기조절 방사선치료비 / 항암양성자 방사선치료비 / 항암중입자방사선치료비	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 조직검사결과지 항암치료 확인되는 치료기록지 또는 진료비세부내역서	의료기관
	표적항암약물 허가치료비 / 특정면역항암약물허가치료비 / 특정항암호르몬 약물허가치료비 / 카티(CAR-T)항암 약물허가치료비	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 조직검사결과지 약물치료확인서 (당사 양식) 진료비세부내역서	
	깁스치료비	진단서 (진단명, 질병분류코드, 진단일 포함) 통깁스(Cast) 시행한 치료일자의 진료비세부내역서 또는 진료기록지	

교통상해

구분	구비서류		발급처
공통	보험금 청구서 개인(신용)정보처리동의서 청구인 신분증 사본 (앞면) 통장사본		보험회사
	▶ **가족관계 확인이 필요한 경우** 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)		주민센터
	▶ **타인에게 보험금 위임하는 경우** 위임장 (인감 날인 혹은 서명) 보험금 청구권자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 위임받는 자의 개인(신용)정보처리동의서 위임받는 자의 신분증 앞면 사본 위임받는 자의 통장사본		보험회사 주민센터
	▶ **상해사고시 유형별 사고입증서류**		
	교통사고	사고사실확인서 또는 자동차보험 지급결의서(보상처리확인서)	보험회사
	산재사고	산재재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서	근로복지공단
	군인재해	공무상병인증서	군부대
	기타 상해사고	공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서	공공기관 (경찰서,소방서)
		병원 초진차트 또는 진료기록지 등 사고 증명서류	병원
사망	사망진단서(시체검안서) 원본 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)		의료기관 주민센터
	▶ **수익자 미지정 (상속관계 확인서류 제출)** 상속관계 확인서류 : 기본증명서(상세), 가족관계증명서(상세), 혼인관계증명서(상세)		주민센터
	▶ **상속인이 다수인 경우 1인에게 위임 시** 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)		
후유장해	후유장해진단서		의료기관
	▶ **일반진단서로 대체** 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray 필름 첨부 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재		

	비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	
벌금	법원 판결문, 약식명령문 벌금납부영수증	법원
교통사고 처리지원금	경찰서 또는 법원에 제출된 피해자진단서 경찰에 제출된 형사합의서 (합의금액 명시)	경찰서
	공소장 공탁서 및 공탁금출급확인서 (미합의시)	법원
	형사합의금 입금내역	금융기관
변호사선임비용	판결문 구속영장 (재소·출소증명서) 공소장 (교통사고처리지원금 담보의 경우 약식기소 제외)	법원
	변호사가 발행한 세금계산서	변호사사무소
면허정지위로금	면허정지확인원 (교정교육 이수 후) 운전경력증명서 면허정지 행정처분 확인서	경찰서
면허취소위로금	운전경력증명서 면허정지 취소처분 결정통지서 또는 면허취소행정처분확인원	경찰서

재물/배상책임

구분	구비서류		발급처
공통	보험금 청구서 개인(신용)정보처리동의서 주민등록등본 사고경위서 통장사본		보험회사
	▶ **가족관계 확인이 필요한 경우** 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)		주민센터
	▶ **타인에게 보험금 위임하는 경우** 위임장 (인감 날인 혹은 서명) 보험금 청구권자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 위임받는 자의 개인(신용)정보처리동의서 위임받는 자의 신분증 앞면 사본 위임받는 자의 통장사본		보험회사 주민센터
화재	건물	화재사고증명서(화재증명원, 사건사고사실확인원)	공공기관 (소방서,경찰서) 등기소 주민센터 수리업체
		건물등기부등본	
		건축물관리대장	
		임대차계약서 (임대차 있는 경우)	
		공사견적서, 세금계산서 또는 수리비 영수증	
	가재도구	화재사고증명서(화재증명원, 사건사고사실확인원)	공공기관 (소방서,경찰서) 주민센터 보험회사 구입업체
		주민등록등본	
		가재도구 명세서	
		구입영수증 또는 세금계산서	
		수리비견적서, 세금계산서 또는 수리비 영수증	
배상책임	대인	사고사실확인서류	보험회사 의료기관
		피해자 진단서 및 치료비명세서 (치료비영수증 등)	
		진료비계산서 · 영수증	
		진료기록지	
		손해배상금 및 기타비용지급 증빙서류	
	대물	사고사실확인서류	보험회사 수리업체 구입처
		피해물품 사진	
		수리비견적서 또는 수리내역서	

		피해물내역서 및 구입증빙서류 손해배상금 및 기타비용지급 증빙서류	
보이스피싱손해	피해신고확인서 (사건사고사실확인원) 지급정지요청서 피해환급금 결정통지서 계좌이체내역서(피해금액 입증서류)		공공기관 (경찰서, 금융감독원) 금융기관 (은행)
도난손해	사건사고사실확인원 (또는 도난사고사실확인서) 피해물(품) 내역서 (당사 양식) 구입영수증 또는 세금계산서		공공기관 (경찰서) 구입처

※ 보험금 청구서류 외에 추가/대체 서류를 요청할 수 있으며, 필요에 따라서는 원본서류를 요청할 수 있습니다.
반드시 담당자와 필요서류에 대하여 상의하시기 바랍니다.

보험금 지급절차 안내

제출하신 서류가 회사에 접수되는 경우 보험금 지급심사 업무가 진행됩니다.

Ⅰ. 사고접수
1. 콜센터 접수 : 1566-1566(5번)
2. 인터넷 접수 : 홈페이지 www.axa.co.kr
3. 스마트폰 앱 접수

Ⅱ. 서류접수(우편/FAX)

Ⅲ. 담당자 배정

Ⅳ. 보험금 지급여부 결정 및 면책/부책 여부 통보
- 면책의 경우 : 부지급 사유 안내
- 부책의 경우 : 보험금 지급 안내

Ⅴ. 보험금 지급

○ 보험금 청구 소멸시효
- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

○ 보험금 지급심사 위탁
- 보험업감독규정(금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정)에 의하면 "금융기관의 업무위탁은 금융업을 영위하기 위하여 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다"라고 명시하고 있습니다.

○ 손해사정사 선임 및 조사
- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 회사가 부담합니다.

○ 의료심사
- 상해 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 회사가 부담합니다.

주요 민원사례

유형 : 해약환급금 관련

사례 : A씨는 보험가입 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 돌려받은 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만 제기

* 유의(참고)사항 : 보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

유형 : 납입최고안내문 관련

사례 : B씨는 보험가입 후 매월 납입해야 하는 보험료를 납입하지 않아 보험회사로부터 일정기한까지 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 실효 될 수 있다는 안내문을 받은 것에 대한 불만 제기

* 유의(참고)사항 : 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하도록 약관에 규정하고 있습니다.

유형 : 가입초기 면책기간 및 감액기간(90일, 50%) 관련

사례 : A씨는 암보험 가입 후 10개월 만에 암진단을 받아 보험금 청구시 청구비용의 50%만을 보상받은 것에 불만 제기

* 유의(참고)사항 : 암관련 보장의 90일 면책기간을 적용하여 해당일 내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 90일이 경과한 이후에도 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

유형 : 알릴 의무 관련

사례 : A씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로 가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가 추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기

* 유의(참고)사항 : 계약 전 알릴 의무는 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락 시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용되며, 고객은 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 "본인정보"라 합니다)를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 "마케팅"이라 합니다) 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 상의 고객 권리

1) 본인정보의 이용 및 제3자 제공사실 통지 요구

고객은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제35조에 따라 회사가 본인정보를 이용하거나 전국은행연합회, 손해보험협회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

2) 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

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

3) 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

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

4) 본인정보의 열람 및 정정 요구

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

5) 본인정보의 무료 열람 요구

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

- NICE신용평가정보(주) : 02-2122-4000 (www.nice.co.kr)
- 서울신용평가정보(주) : 1577-1006 (www.sci.co.kr)
- 코리아크레딧뷰로(주) : 02-708-1000 (www.koreacb.com)

3. 개인정보 유출 시 피해보상

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

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

· 당사 고객센터 : 1566-1566 (서울 용산구 한강대로 71길4) · 협회 개인신용정보 보호담당자 : 02-3702-8500 (서울 종로구 종로1길 50, 15,16층) · 금융감독원 개인신용정보 보호담당자 : 1322 (서울 영등포구 여의대로 38)

제 1-1 절
보 통 약 관 일 반 조 항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 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. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   - 나. 장해: 장해분류표(【별표2】 참조)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.

【연단위 복리 계산 예시: 원금 100원을 10% 이자율로 2년간 저축하는 경우】

1년 후 : 100원(원금) + 100원 × 10%(1년차 이자) = 110원
2년 후 : 110원(1년차 금액) + 110원 × 10%(2년차 이자) = 121원

   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

【평균공시이율】

평균공시이율은 "금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)→업무자료→보험상품자료실→평균공시이율"에서 확인할 수 있습니다.

   - 다. 보험계약대출이율: 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 "보험계약대출"이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 "보험계약대출이율"이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.
보험계약대출이율은 "AXA손해보험 홈페이지(www.axa.co.kr)→공시실→보험상품공시실→적용이율→상품별 보험계약대출이율"에서 확인할 수 있습니다.

   - 라. 해약환급금: 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.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
이 계약의 보험금의 지급사유는 제1-2절 보통약관보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제1-2절 보통약관보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한가지로 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다. 단, 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애라 하더라도 상법 제732조(【부록-법 및 규정】 참조) 상의 심신박약자로 단정하는 것은 아니며, 상법상의 유효한 서면동의를 할 수 있는지 여부 등을 기준으로 하여 판단합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

제9차 개정 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 제37조(분쟁의 조정) 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급될 수 없는 사유가 있는 경우, 예상되는 보험금의 50%를 한도로 그 범위 내에서 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

③ 제2항에 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.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

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

【사업방법서】

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 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.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망에 의하여 민법(【부록-법 및 규정】 참조)의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

【사망에 관한 세부 규정】

사망에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우도 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.

【실종 선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약체결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.

* 연대(連帶) : 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있음.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(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)(【부록-법 및 규정】 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

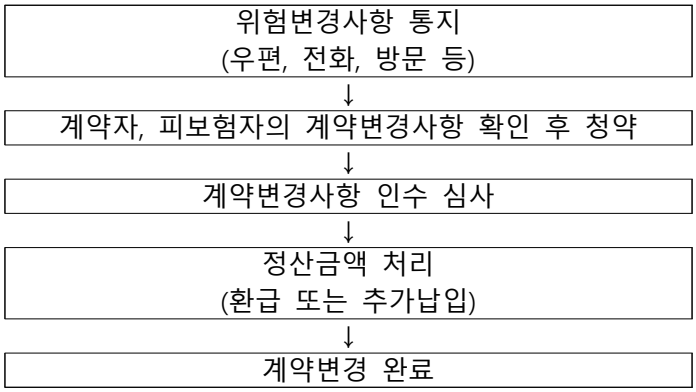
【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례 보상 예시】

- 상해사망 보험가입금액 : 1억원
- 변경전 위험에 대한 보험요율 : 0.3
- 변경후 위험에 대한 보험요율 : 0.5

증가된 위험에 대한 보험료를 납입하지 않고 상해로 사망한 경우
→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【고의】

자기의 행위가 불법구성요건을 실현함을 인식하고 인용하는 행위자의 심적 태도를 말합니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 중대한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반을 말합니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알

릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날(갱신 계약의 경우 최초계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 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 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제16조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일,

진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 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 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 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.

【청약】

계약상에 계약자가 보험자인 회사에 대하여 일정한 계약을 맺을 것을 목적으로 하여 행하는 일방적 의사표시를 청약이라고 합니다.

【승낙】

계약자의 청약에 대하여 회사가 그 계약의 성립을 목적으로 하여 행하는 의사표시를 계약의 승낙이라 합니다. 승낙을 하게 되면 회사는 보험증권을 계약자에게 교부합니다.

【제1회 보험료】

계약은 계약자의 청약에 대해 회사가 승낙함으로써 성립합니다. 계약이 성립하면 계약자는 보험료 납입의무를 지는데 이 의무에 의해 최초로 납입하는 보험료를 말합니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 이 약관 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 약관 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【철회】

효력이 발생하지 않은 법률행위의 효력을 장래에 향하여 저지하는 것을 말합니다. 거래의 취소는 한 번 효력이 발생한 후에 그 효력을 소멸시키는 행위이므로 철회와 취소는 구별하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보

험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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

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

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약 회사가 전자우편 및 전자적 의사 표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용】

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 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 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 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 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【취소】

일단 유효하게 성립한 법률행위의 효력을 의사표시의 결함을 이유로 취소권자가 그 효력을 소멸시키는 것을 말합니다. 취소된 법률행위는 처음부터 무효인 것으로 봅니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하

는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 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

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

제20조(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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2(【부록-법 및 규정】 참조)에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다. 단, 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애라 하더라도 상법 제732조(【부록-법 및 규정】 참조) 상의 심신박약자로 단정하는 것은 아니며, 상법상의 유효한 서면동의를 할 수 있는지 여부 등을 기준으로 하여 판단합니다.

【무효】

법률행위가 성립한 때부터 법률상 당연히 효력이 없는 것으로 확정된 것을 말합니다. 따라서 당사자가 의도한 법률상의 효과는 발생하지 않습니다.

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

제21조(계약내용의 변경 등)

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

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

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

【유의사항】

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(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.

【설명: 보험나이】

보험료 산정의 기준이 되는 나이로써, 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 이 보험나이는 매년 계약 해당일에 증가되는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약 해당일로 합니다.

③ 청약서류에 적힌 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): 2024년 4월 13일
⇒ 2024년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 35년 6월 11일 = 36세

【해설: 피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우】

피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우, 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 인하여 계약자에게 추가로 납입하여야 하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

제23조(계약의 자동갱신)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신전 계약과 동일한 보장내용으로 계약이 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신될 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내 일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이

갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

④ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제3항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제24조(계약의 소멸)

① 제1-2절 보통약관보장조항에 따라 보장이 소멸된 경우 이 보통약관의 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 이 계약의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

【소멸】

계약 당사자 간 계약관계의 종료로 계약자와 회사 간에 체결되었던 보험계약에 따른 제 권리 및 의무관계의 종료를 의미합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 계약이 소멸되는 경우에는 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제35조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 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 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

【보장개시일】

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

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

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서

진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

【해설: 보험료의 자동대출납입】

계약자는 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으나, 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출 납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

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

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 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 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

【납입최고기간】

보험료가 납입되지 않은 채 납입기일이 경과되었을 경우 납입기일로부터 일정기간까지 유예기간을 주어서 그 기간 내에 보험료가 납입되지 않으면 해당 계약의 효력이 상실됩니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 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 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

【부활】

계약자가 계속보험료를 납입하지 않아 계약이 실효된 경우에 계약자가 일정한 기간 내에 연체보험료와 약정이자의 지급 등 소정의 절차를 밟아 회사가 이를 승낙하면 계약을 실효전의 상태로 회복시키는 제도를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 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 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행과 담보권 실행】

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

- 추심명령: 채권자에게 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령: 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

【국세 및 지방세 체납처분 절차】

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(【부록-법 및 규정】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상

의 권리를 행사할 수 있습니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

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

【이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금의 지급】

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제31조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

【배당금】
계약자로부터 납입된 보험료를 가지고 회사가 합리적인 경영을 행하여 발생한 이익금 중 계약자에게 환원하여주는 금액을 말합니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제38조(관할법원)

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

제39조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권, 계약자적립액 및 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2016년 9월 1일에 발생하였음에도 2019년 9월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제40조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】
권리의 행사나 의무의 이행은 '신의'에 좇아 '성실'히 하여야 한다는 근대 민법의 수정원리로서 공공복리, 거래안전, 권리남용의 금지와 함께 우리 민법의 기본원리를 이루고 있습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(전자서명법 제2조 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제42조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

회사가 보험수익자의 궁박, 경솔 또는 무경험을 이용하여 동일, 유사사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제43조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자 보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제 1-2 절
보 통 약 관 보 장 조 항

(갱신형)일반상해80%이상후유장해

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 보장의 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 일반상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 일반상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 일반상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【일반상해80%이상후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 계약에서 일반상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해 : 보장개시 이전의 상해로 장해의 분류 상 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때(지급률 5%)에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 상해 사고로 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 80%)가 된 경우에는 장해지급률 80%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 5%를 차감한 75%에 해당되기 때문에 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보장의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 보장에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다.

제 2 절
특 별 약 관

1. 질병 관련 특별약관

1-1. (갱신형)암진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암' 진단시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 20%

③ 피보험자가 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 암진단금을 지급 받은 이후에 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 진단금은 지급하지 않습니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

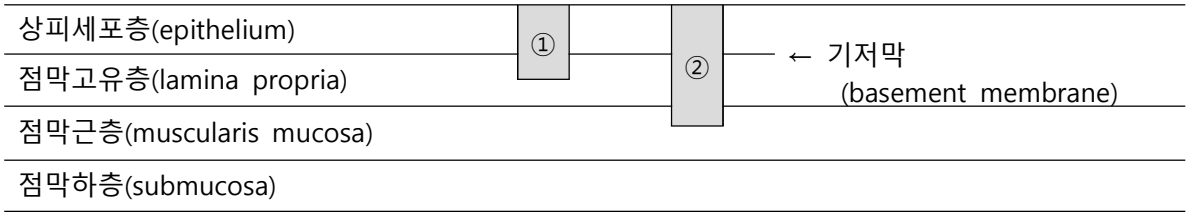
① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, '대장점막내암' 및 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【대장점막내암 예시】



: 악성종양세포 침범깊이
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이

경우 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의

다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제9조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-2. (갱신형)통합암진단금(특정소액암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '특정소액암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(특정소액암)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'특정소액암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '특정소액암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(특정소액암)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'특정소액암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '특정소액암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(특정소액암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '특정소액암'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 유방의 악성 신생물, 2. 자궁경부의 악성 신생물, 3. 자궁체부의 악성 신생물, 4. 전립선의 악성 신생물, 5. 방광의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불

명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '특정소액암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '특정소액암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '특정소액암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(특정소액암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '특정소액암'으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제

1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(특정소액암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '특정소액암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '특정소액암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(특정소액암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '특정소액암'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-3. (갱신형)통합암진단금(특정소화기암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '특정소화기암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(특정소화기암)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'특정소화기암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '특정소화기암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(특정소화기암)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'특정소화기암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '특정소화기암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(특정소화기암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '특정소화기암'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 식도의 악성 신생물, 2.위의 악성 신생물, 3. 소장의 악성 신생물, 4. 결장의 악성 신생물, 5. 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 6. 직장의 악성 신생물, 7. 항문, 항문관의 악성 신생물, 8. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '특정소화기암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '특정소화기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '특정소화기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(특정소화기암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '특정소화기암'으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약

자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(특정소화기암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '특정소화기암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '특정소화기암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(특정소화기암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '특정소화기암'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-4. (갱신형)통합암진단금(4대특정암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '4대특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(4대특정암)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'4대특정암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '4대특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(4대특정암)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'4대특정암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '4대특정암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(4대특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '4대특정암'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 2. 담낭의 악성 신생물, 3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 4. 췌장의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불

명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '4대특정암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '4대특정암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '4대특정암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(4대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '4대특정암'으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제

1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(4대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '4대특정암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '4대특정암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(4대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '4대특정암'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-5. (갱신형)통합암진단금(림프종및백혈병관련암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '림프종및백혈병관련암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(림프종및백혈병관련암)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'림프종및백혈병관련암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '림프종및백혈병관련암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(림프종및백혈병관련암)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'림프종및백혈병관련암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '림프종및백혈병관련암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(림프종및백혈병관련암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '림프종및백혈병관련암'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 호지킨림프종, 2.소포성 림프종, 3. 비소포성 림프종, 4. 성숙T/NK세포림프종, 5. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종, 6. T/NK세포림프종의 기타 명시된 형태, 7. 악성 면역증식성 질환, 8. 다발골수종 및 악성 형질 세포신생물, 9. 림프성 백혈병, 10. 골수성 백혈병, 11. 단핵구성 백혈병, 12. 명시된 세포형의 기타 백혈병, 13. 상세불명 세포형의 백혈병, 14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기

타 및 상세불명의 악성 신생물, 15. 진성 적혈구증가증, 16. 골수형성이상증후군, 17. 만성 골수증식질환, 18. 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 19. 골수섬유증, 20. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '림프종및백혈병관련암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '림프종및백혈병관련암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '림프종및백혈병관련암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(림프종및백혈병관련암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '림프종및백혈병관련암'으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까

지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(림프종및백혈병관련암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '림프종및백혈병관련암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '림프종및백혈병관련암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(림프종및백혈병관련암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '림프종및백혈병관련암'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-6. (갱신형)통합암진단금(심장암및뇌암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '심장암및뇌암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(심장암및뇌암)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'심장암및뇌암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '심장암및뇌암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(심장암및뇌암)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'심장암및뇌암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '심장암및뇌암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(심장암및뇌암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '심장암및뇌암'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 흉선의 악성 신생물, 2. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물, 3. 수막의 악성 신생물, 4. 뇌의 악성 신생물, 5. 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '심장암및뇌암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '심장암및뇌암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '심장암및뇌암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(심장암및뇌암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '심장암및뇌암'으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약

자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(심장암및뇌암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '심장암및뇌암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '심장암및뇌암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(심장암및뇌암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '심장암및뇌암'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-7. (갱신형)통합암진단금(폐암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '폐암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(폐암)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'폐암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '폐암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(폐암)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'폐암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '폐암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(폐암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '폐암'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 기관의 악성 신생물, 2. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 3. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불

명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '폐암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '폐암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '폐암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(폐암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '폐암'으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(폐암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '폐암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '폐암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(폐암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '폐암'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-8. (갱신형)통합암진단금(4대특정암Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '4대특정암Ⅱ'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(4대특정암Ⅱ)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'4대특정암Ⅱ' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '4대특정암Ⅱ'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(4대특정암Ⅱ)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'4대특정암Ⅱ' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '4대특정암Ⅱ'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(4대특정암Ⅱ의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '4대특정암Ⅱ'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 골 및 관절연골의 악성 신생물, 2. 중피종, 3. 카포시육종, 4. 후복막 및 복막의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불

명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '4대특정암Ⅱ'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '4대특정암Ⅱ'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '4대특정암Ⅱ'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(4대특정암Ⅱ의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '4대특정암Ⅱ'으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제

1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(4대특정암Ⅱ의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '4대특정암Ⅱ'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '4대특정암Ⅱ'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(4대특정암Ⅱ의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '4대특정암Ⅱ'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-9. (갱신형)통합암진단금(12대특정암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 '12대특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(12대특정암)으로 지급합니다.

[최초계약시]

암구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'12대특정암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '12대특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암진단금(12대특정암)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'12대특정암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '12대특정암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(12대특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '12대특정암'이라 함은 통합암 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물, 2. 비강, 중이, 부비동 및 후두의 악성 신생물, 3. 피부의 악성 흑색종, 4. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물, 5. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물, 6. 여성생식기관의 악성 신생물, 7. 남성생식기관의 악성 신생물, 8. 요로의 악성 신생물, 9. 눈 및 부속기의 악성 신생물, 10. 부신 및 기타내분비선의 악성 신생물, 11. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의

악성 신생물, 12. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '12대특정암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '12대특정암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '12대특정암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(12대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '12대특정암'으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은

더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(12대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '12대특정암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '12대특정암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(12대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '12대특정암'의 보장개시일은 부활(효력회복일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-10. (갱신형)통합암진단금(유사암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 진단금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with

malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말

합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정), 제5조(제자리암의 정의 및 진단확정) 또는 제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되어 각 보장별 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 및 '경계성종양'에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 4회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑥ 제3항 및 제4항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-11. (갱신형)5대고액치료비암진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '5대고액치료비암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 5대고액치료비암진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
5대고액치료비암 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '5대고액치료비암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 5대고액치료비암진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'5대고액치료비암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '5대고액치료비암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 5대고액치료비암진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '5대고액치료비암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 아래의 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 5대고액치료비암 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【5대고액치료비암】

식도의 악성신생물
췌장의 악성신생물
골 및 관절연골의 악성신생물
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물

② '5대고액치료비암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '5대고액치료비암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '5대고액치료비암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '5대고액치료비암'으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제

4조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '5대고액치료비암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '5대고액치료비암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 '5대고액치료비암'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-12. (갱신형)10대고액암진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '10대고액암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 10대고액암진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'10대고액암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '10대고액암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 10대고액암진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'10대고액암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '10대고액암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 10대고액암진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(10대고액암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '10대고액암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 아래의 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 10대고액암 분류표(【별표9】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【10대고액암】

식도의 악성신생물
간 및 간내 담관의 악성신생물
담낭의 악성신생물
담도의 기타 및 상세불명부분의 악성신생물
췌장의 악성신생물
기관의 악성신생물
기관지 및 폐의 악성신생물
골 및 관절연골의 악성신생물
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물

② '10대고액암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '10대고액암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '10대고액암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(10대고액암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '10대고액암'으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(10대고액암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '10대고액암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '10대고액암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "10대고액암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-13. (갱신형)16대특정암진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '16대특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 16대특정암진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'16대특정암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '16대특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 16대특정암진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'16대특정암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '16대특정암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 16대특정암진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '16대특정암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 아래의 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 16대특정암 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【16대특정암】

식도의 악성신생물
소장의 악성신생물
간 및 간내 담관의 악성신생물
담낭의 악성신생물
담도의 기타 및 상세불명부분의 악성신생물
췌장의 악성신생물
기관의 악성신생물
기관지 및 폐의 악성신생물
흉선의 악성신생물
심장, 종격 및 흉막의 악성신생물
골 및 관절연골의 악성신생물
중피종
카포시육종
후복막 및 복막의 악성신생물
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물

② '16대특정암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '16대특정암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '16대특정암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(16대특정암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '16대특정암'으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은

더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(16대특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '16대특정암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '16대특정암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "16대특정암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-14. (갱신형)전이암진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 전이암진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'전이암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 전이암진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'전이암' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '전이암'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 전이암진단금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 약관에서 '전이암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 전이암 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한 회사가 '전이암'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '전이암'으로 진단 확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '전이암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '전이암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '전이암'의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제

1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-15. (갱신형)암진단후생활자금(2년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 암진단후생활자금으로 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급금액
'암' 진단시	-	계약일로부터 90일 이하	-	-
	120만원	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험가입금액의 50% × 24회	5만원
	240만원	계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 100% × 24회	10만원
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	24만원	계약일로부터 90일 이하	보험가입금액의 10% × 24회	1만원
	24만원	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험가입금액의 10% × 24회	1만원
	48만원	계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 20% × 24회	2만원

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 암진단후생활자금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암' 진단시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 20%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준	1회 지급금액
'암' 진단시	240만원	보험가입금액의 100% × 24회	10만원
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	48만원	보험가입금액의 20% × 24회	2만원

③ 피보험자가 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단후생활자금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제1항과 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 암진단후생활자금을 지급 받은 이후에 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 암진단후생활자금은 지급하지 않습니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하

지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

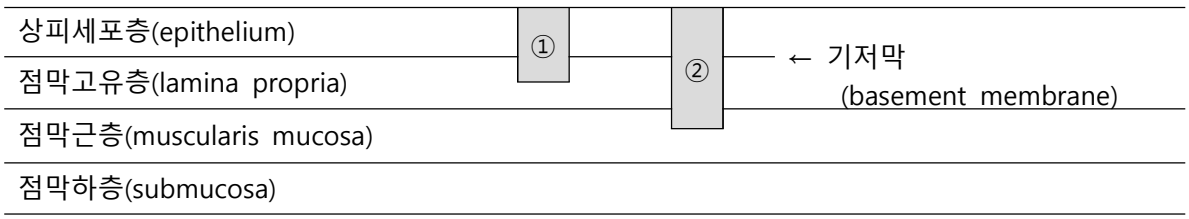
① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, '대장점막내암' 및 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【대장점막내암 예시】



: 악성종양세포 침범깊이
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "경계성종양"으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제9조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-16. (갱신형)암진단후생활자금(5년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 암진단후생활자금으로 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암' 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급금액
'암' 진단시	-	계약일로부터 90일 이하	-	-
	300만원	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험가입금액의 50% × 60회	5만원
	600만원	계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 100% × 60회	10만원
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	60만원	계약일로부터 90일 이하	보험가입금액의 10% × 60회	1만원
	60만원	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험가입금액의 10% × 60회	1만원
	120만원	계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 20% × 60회	2만원

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 암진단후생활자금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암' 진단시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	보험가입금액의 20%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준	1회 지급금액
'암' 진단시	600만원	보험가입금액의 100% × 60회	10만원
'기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 진단시	120만원	보험가입금액의 20% × 60회	2만원

③ 피보험자가 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단후생활자금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제1항과 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 암진단후생활자금을 지급 받은 이후에 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정된 경우에는 '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 암진단후생활자금은 지급하지 않습니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한

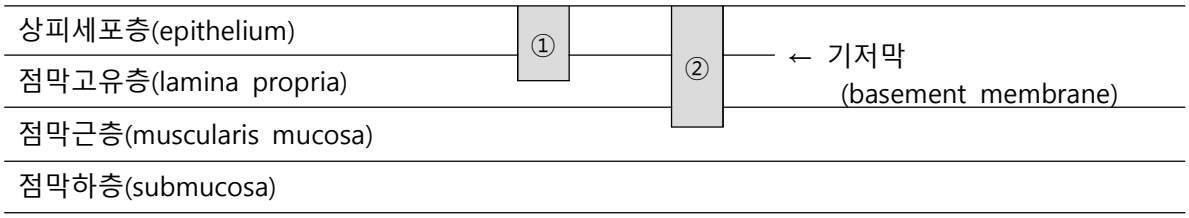
질병을 말합니다. 또한, '대장점막내암' 및 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【대장점막내암 예시】



: 악성종양세포 침범깊이
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제9조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1

항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-17. (갱신형)일반암치료관리 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암'('기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 일반암치료관리보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과
'암'('기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 제외)으로 진단시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암'('기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 일반암치료관리보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'('기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 제외)으로 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '암'('기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암', '경계성종양' 제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 일반암치료관리보험금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생

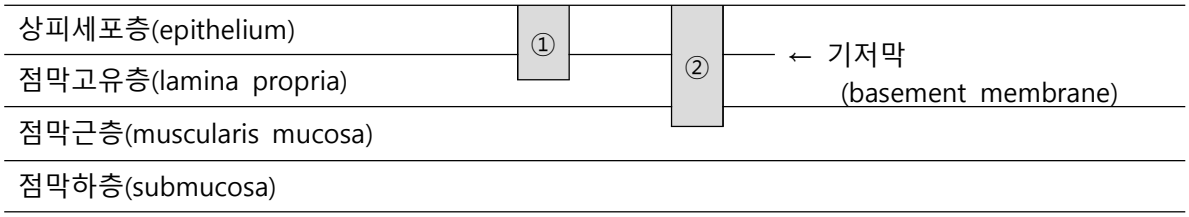
물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "대장점막내암" 및 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 '대장점막내암'이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

【대장점막내암 예시】



: 악성종양세포 침범깊이
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서

정한 '암'으로 진단확정된 경우

제8조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조('암', '기타피부암', '갑상선암' 및 '대장점막내암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

일반암진단케어프로그램 특별약관

제1조(일반암진단케어프로그램의 정의)

① 일반암진단케어프로그램이란 피보험자가 (갱신형)일반암치료관리 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 "암"("기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양" 제외)으로 진단확정된 경우 보험수익자에게 보험회사가 지급하여야 할 일반암치료관리보험금을 대신하여 일반암진단케어프로그램 (【별표12】 참조)을 제휴회사가 직접 피보험자에게 제공하는 것을 말합니다.

【일반암진단케어프로그램】

간호사 방문상담, 간병인 지원, 차량에스코트, 가사도우미, 암특화 식단, 심리상담
일반암진단케어프로그램 세부내용(【별표12】 참조)

② 제1항에서 제휴회사라 함은 회사와 일반암진단케어프로그램에 대한 업무협약을 체결하고, 일반암진단케어프로그램의 제공의무를 지는 자를 말합니다.

제2조(일반암진단케어프로그램의 제공 및 정산)

① 회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중에 (갱신형)일반암치료관리 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 "암"("기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양" 제외)으로 진단확정된 경우 일반암진단케어프로그램을 제휴회사를 통해 피보험자에게 제공합니다.

② 제1항의 일반암진단케어프로그램은 제휴회사가 보험가입금액을 한도로 서비스를 제공하며, 피보험자가 원하는 서비스를 신청하고 이용한 금액만큼 이용한도에서 차감됩니다. 잔여 금액이 1회 서비스 비용보다 작고, 별도 추가 비용부담을 원하지 않는 경우 제휴회사는 보험가입금액에서 일반암진단케어프로그램 이용금액을 차감한 잔여금액을 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 일반암진단케어프로그램 이용 전, 피보험자가 현금으로 지급받기를 원하거나 회사가 부득이한 이유로 일반암진단케어프로그램을 제공할 수 없는 경우 회사는 (갱신형)일반암치료관리 특별약관에서 정한 보험금을 지급하고 일반암진단케어프로그램을 제공하지 않습니다. 피보험자가 일부 프로그램을 이용한 이후에는 이용한도에서 그 때까지 이용한 프로그램 비용을 차감한 금액을 제휴회사에서 피보험자에게 지급합니다. 이 경우 프로그램 비용은 회사와 제휴회사간 업무협약을 맺은 환불가격에 따릅니다.

④ 피보험자가 이 특약에서 정한 일반암진단케어프로그램 이외의 추가 프로그램을 이용하거나 제휴회사가 제공하기로 한 이용한도를 초과하여 이용한 경우 해당 프로그램 비용은 제휴회사에 별도로 부담하여야 합니다.

⑤ 이 특약의 일반암진단케어프로그램 세부내용은 의료환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.

⑥ 제2항과 제3항에도 불구하고 제휴회사가 부득이한 이유로 이 특별약관에서 정한 일반암진단케어프로그램을 제공할 수 없고, 피보험자에게 제2항 또는 제3항에 따른 금액을 지급하지 못하는 경우 회사는 해당 금액을 피보험자에게 지급합니다.

제3조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 (갱신형)일반암치료관리 특별약관이 포함된 계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제휴회사가 일반암진단케어프로그램 세부내용(【별표12】 참조)에서 정한 일반암진단케어프로그램을 이용한도까지 전부 제공한 경우 피보험자에 대한 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2항 이외에 이 특별약관이 부가된 계약 또는 (갱신형)일반암치료관리 특별약관이 해지, 무효, 기타 사유에 의하여 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-18. (갱신형)암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원한 경우 90일을 한도로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 암요양병원입원일당보험금(1일이상90일한도)으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과
'암'으로 입원시	보험가입금액의 0%	입원 1일당 보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 50%	

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원한 경우에는 90일을 한도로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 암요양병원입원일당보험금(1일이상90일한도)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

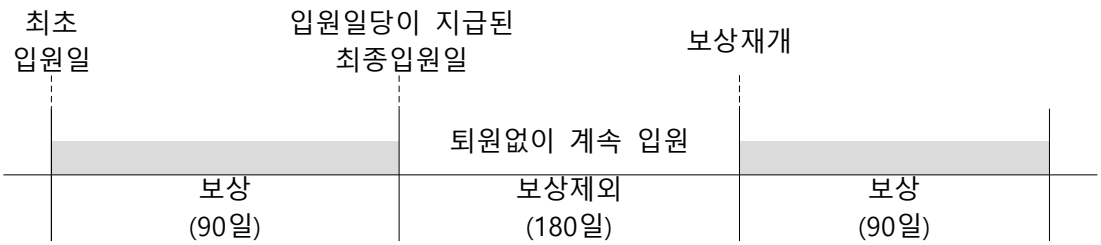
구분	지급금액
'암'으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 50%

③ '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 입원이라도 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당이 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



② 제1항에도 불구하고 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 인한 입원의 경우, 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원일당의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후에는 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 인한 암요양병원입원일당은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

③ 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당은 계속 지급합니다.

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

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확

정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', "제자리암' 또는 '경계성종양'으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제8조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 '요양병원'이라 함은「의료법」제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-19. (갱신형)암직접치료입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 1일 이상 입원을 한 경우 180일을 한도로 각각 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 암직접치료입원일당보험금(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과
'암'으로 입원시	보험가입금액의 0%	입원 1일당 보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 50%	

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 1일 이상 입원을 한 경우 180일을 한도로 각각 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 암직접치료입원일당보험금(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

[갱신계약시]

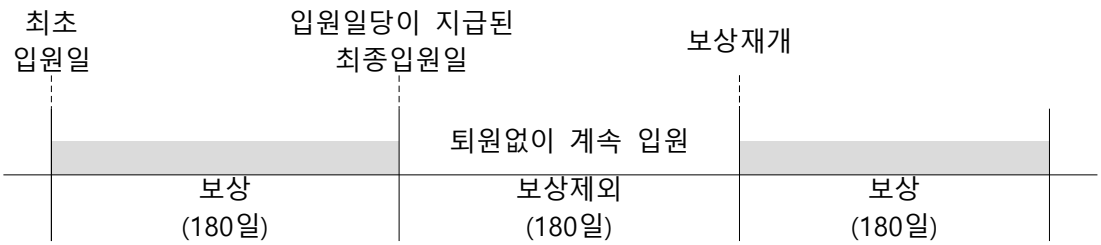
구분	지급금액
'암'으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 50%

③ '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 입원이라도 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당이 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



② 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당은 계속 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 요양병원을 제외한 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제9조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 '요양병원'이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제10조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전

에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-20. (갱신형)암직접치료상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원을 한 경우 180일을 한도로 각각 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 암직접치료상급종합병원입원일당으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액	
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과
암직접치료 상급종합병원 입원 (1일이상 180일한도)	'암'	보험가입금액의 0%	입원 1일당 보험가입금액의 100%
	'기타피부암' '갑상선암' '제자리암' '경계성종양'	입원 1일당 보험가입금액의 50%	

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원한 경우에는 180일을 한도로 각각 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 암직접치료상급종합병원입원일당으로 지급합니다.

[갱신계약시]

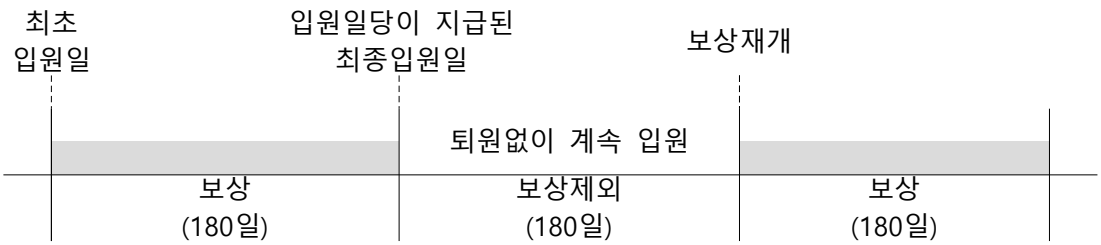
구분	지급금액
'암'으로 상급종합병원 입원시 (1일이상 180일한도)	입원 1일당 보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 상급종합병원 입원시 (1일이상 180일한도)	입원 1일당 보험가입금액의 50%

③ '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 입원이라도 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당이 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



② 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당은 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원입원일당을 지급합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 별지 제5호 서식의 상급종합병원지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양' 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생

물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정의한 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-

법 및 규정】참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제10조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-21. (갱신형)암직접치료상급종합병원통원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 암직접치료상급종합병원통원일당으로 지급합니다. 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
암직접치료 상급종합병원 통원	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암' '갑상선암' '제자리암' '경계성종양'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 아래의 금액을 보험수익자에게 암직접치료상급종합병원통원일당으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'으로 상급종합병원 통원시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 상급종합병원 통원시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료상급종합병원통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 한 '통원'이란 의사에 의해 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원일당을 지급합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 별지 제5호 서식의 상급종합병

원지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료상급종합병원통원일당을 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(통원의 정의와 장소)

'통원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제10조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-22. (갱신형)암수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 수술시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 수술시	보험가입금액의 5%		보험가입금액의 10%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'으로 수술시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 수술시	보험가입금액의 10%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제7조(수술의 정의와 장소) 제1항의 '수술'에서도 제외합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니

다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 '수술'에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제8조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-23. (갱신형)암수술(상급종합병원) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술(상급종합병원)보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
암수술시 (상급종합병원)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암' '갑상선암' '제자리암' '경계성종양'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술(상급종합병원)보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'으로 암수술시 (상급종합병원)	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제7조(수술의 정의와 장소) 제1항의 수술에서도 제외합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지

급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제10조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전

에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-24.
(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암관혈수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암' '갑상선암' '제자리암' '경계성종양'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 암관혈수술 지급사유에 해당된 때에는 아래의 금액을 보험수익자에게 암관혈수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제7조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 '관혈수술'을 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)

치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제7조(수술의 정의와 장소) 제1항의 수술에서도 제외합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(제자리암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '제자리암'으로 분류되는 질병으로 제자리신생물 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '제자리암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '제자리암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '경계성종양'으로 분류되는 질병으로 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절

제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다. 단, "내시경수술", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.

⑥ 이 특별약관에서 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"이라 함은 "최소 침습 수술" 방법의 하나로서, 복부 또는 흉부를 절개하는 대신 0.5~1.5CM 크기의 3~4군데 작은 구멍을 뚫어 천공을 통해 특수 카메라가 장착된 복강경 또는 흉강경과 수술 기구(겸자, 전기메스, 지혈 봉합기구 등)를 삽입하여 시행하는 수술을 말합니다.

⑦ 제6항에서 정한 "복강경하수술" 및 "흉강경하수술"에는 "로봇보조수술"을 포함하며, "로봇보조수술"이라 함은 내시경 및 수술용 기구 등을 로봇 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술을 말합니다.

제8조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날

2. '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-25. (갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암(전립선암및갑상선암제외)'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한)보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액			
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 180일 이하	최초계약일로부터 180일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암(전립선암및갑상선암제외)'으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암(전립선암및갑상선암제외)'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇 암수술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한)보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암(전립선암및갑상선암제외)'으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 '다빈치로봇암수술'을 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 다빈치로봇암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암(전립선암및갑상선암제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암(전립선암및갑상선암제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제5조(수술의 정의와 장소) 제1항의 수술에서도 제외합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법

제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암(전립선암및갑상선암제외), 전립선암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암(전립선암및갑상선암제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '전립선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '전립선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암(전립선암및갑상선암제외)', '전립선암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암(전립선암및갑상선암제외)', '전립선암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암(전립선암및갑상선암제외)', '전립선암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"

라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한

후유증 또는 합병증의 치료

4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 '다빈치로봇 암수술'이라 함은 '암(전립선암및갑상선암제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 '수술'을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 '암(전립선암및갑상선암제외)'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇 암수술'을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 '다빈치로봇 암수술'과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수 기재). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암(전립선암및갑상선암제외), 전립선암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(전립선암및갑상선암제외)'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-26. (갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '전립선암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한)보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액			
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 180일 이하	최초계약일로부터 180일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'전립선암' 또는 '갑상선암'으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '전립선암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇 암수술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한)보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'전립선암' 또는 '갑상선암'으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)에서 정한 '다빈치로봇암수술'을 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 다빈치로봇암수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '전립선암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '전립선암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제5조(수술의 정의와 장소) 제1항의 수술에서도 제외합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법

제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(전립선암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '전립선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '전립선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ '전립선암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전립선암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '전립선암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작

을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '전립선암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제7조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 '다빈치로봇 암수술'이라 함은 '전립선암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 '수술'을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinciⓡ	QZ961

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 '전립선암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇 암수술'을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 '다빈치로봇 암수술'과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수 기재). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(전립선암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 '전립선암', 또는 '갑상선암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은

더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-27. (갱신형)항암방사선·약물치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암' 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '기타피부암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '갑상선암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'기타피부암', '갑상선암'으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

③ 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100%

④ 제2항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암' 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

1. 피보험자가 '기타피부암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
2. 피보험자가 '갑상선암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

[갱신계약시]

구분	지급금액
'기타피부암', '갑상선암'으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 20%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암'에 대한 항암방사선·약물치료비는 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

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

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정

시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', "기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제8조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 이 특별약관에 기재된 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-28. (갱신형)항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암' 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)로 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '기타피부암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '갑상선암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'기타피부암', '갑상선암'으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 기타피부암, 갑상선암 각각 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

③ 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회한)로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'으로 급여항암방사선·약물치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 제2항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암' 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암방사선·약물치료비(급여,연간1회

한)로 지급합니다.

1. 피보험자가 '기타피부암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우
2. 피보험자가 '갑상선암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우

[갱신계약시]

구분	지급금액
'기타피부암', '갑상선암'으로 급여항암방사선·약물치료시 (단, 기타피부암, 갑상선암 각각 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

⑤ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제5조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 '급여 항암방사선·약물치료'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '급여 항암방사선치료'라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "항암방사선치료" 항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 급여 항암방사선치료 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"를 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 진료행위 외에 "항암방사선치료 대상 진료행위코드"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

④ 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 치료하는 것을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어 "급여 항암약물"이라 함은 급여 항암약물 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 약제를 말합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암약물"이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여항암약물"을 따릅니다.

⑦ 제5항 및 제6항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표14】 참조)에 해당하는 약제 외에 "급여 항암약물"에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다. 단, 보건복지부 고시 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)"에서 정한 요양급여의 세부인정기준 및 방법을 벗어난 경우 또는 영수증 및 이에 대한 세부내역서를 통해 그 비용의 전액을 환자가 부담한 것으로 확인되는 경우는 해당하지 않습니다.

⑧ 이 특별약관에 있어 '급여 항암약물치료'라 함은 "급여 항암약물"을 투여하는 항암약물치료를 말합니다.

⑨ 이 특별약관에 있어 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타

피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 "항암약물"을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수 기재), 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재), 진료기록부 등). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의

다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제10조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-29. (갱신형)표적항암약물허가치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암'으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

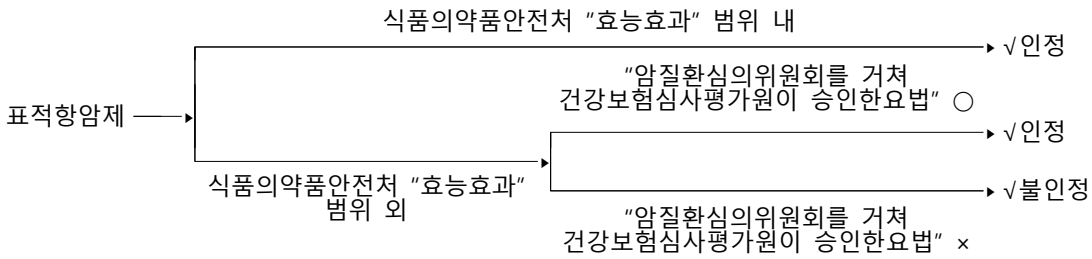
구분	지급금액
'암'으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암'으로 표적항암약물허가치료시	보험가입금액의 20%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 표적항암약물허가치료비를 지급받은 이후에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암'에 대한 표적항암약물허가치료비는 지급하지 않습니다.

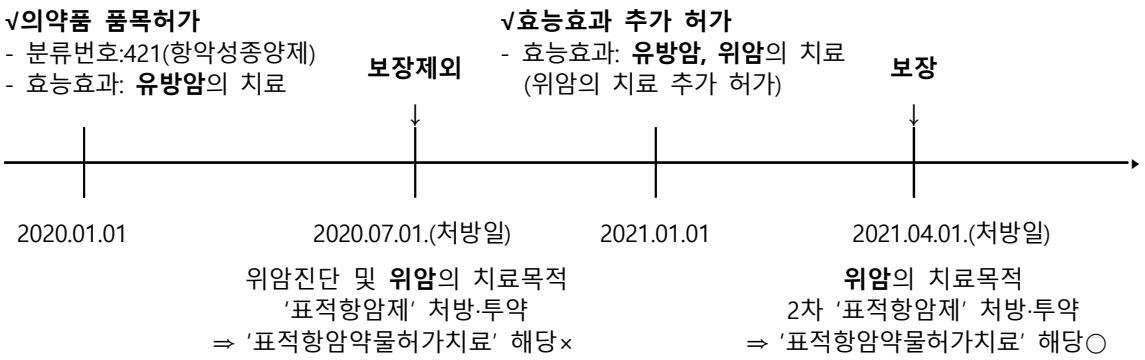
② 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료비'는 '표적항암제'를 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 표적항암제의 "안정성 및 유효성" 인정 범위】

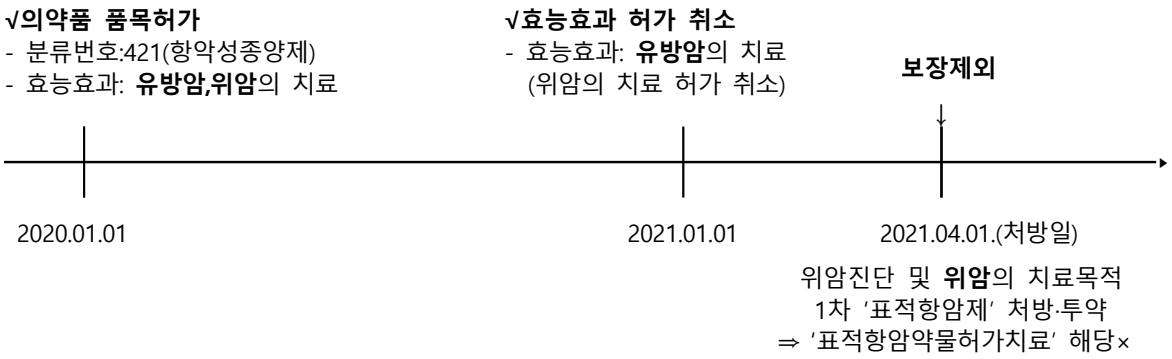


③ 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 '표적항암제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가】



【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시 : 의약품의 "효능효과" 허가 취소】



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

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 후 갱신되는 경우라도, 갱신 전 계약에서 지급된 보험금 지급사유에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하

지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규 의약품 등 분류번호에 관한 규정에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

【추가설명 - 호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【'표적항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내】

'표적항암제'에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 '표적항암제'에 해당하는 의약품명및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과" 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 "효능효과", "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)" 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)–의료정보–의약품정보–암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 의약품 등 분류번호에 관한 규정에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여

발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정되어 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-30. (갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비(연간1회한)로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
표적항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암', '갑상선암'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 표적항암약물허가치료비(연간1회한)로 지급합니다.

[갱신계약시]

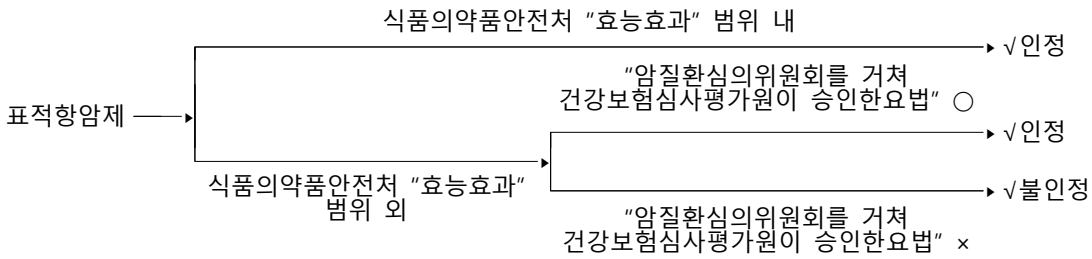
구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암'으로 표적항암약물허가치료시(단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 한도 산정의 기준일자는 제6조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)에서 정한 '표적항암약물허가치료'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

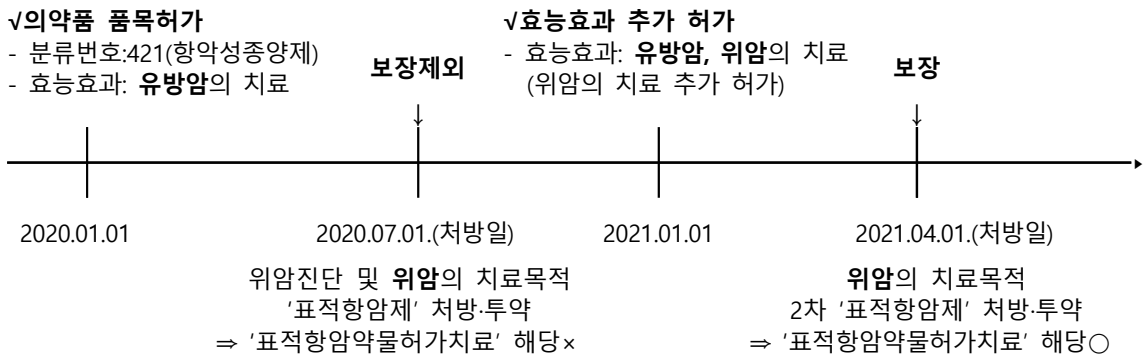
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, '표적항암제'가 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 표적항암제의 "안정성 및 유효성" 인정 범위】

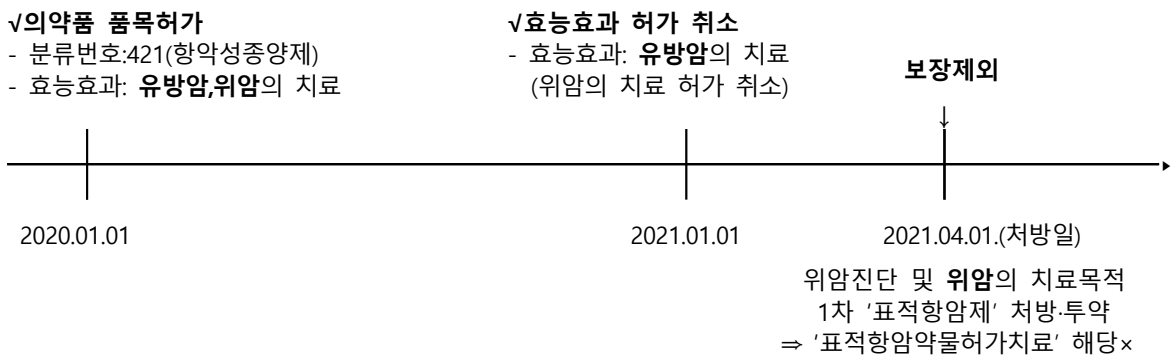


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받은 경우"는 '표적항암제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가】



【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시 : 의약품의 '효능효과' 허가 취소】



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규 의약품 등 분류번호에 관한 규정에 의하

여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

【추가설명 - 호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【'표적항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내】

'표적항암제'에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 '표적항암제'에 해당하는 의약품명및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과" 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 "효능효과", "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)" 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)–의료정보–의약품정보–암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 의약품 등 분류번호에 관한 규정에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법" 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험

료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-31. (갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '특정면역항암약물허가치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암', '갑상선암'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '특정면역항암약물허가치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

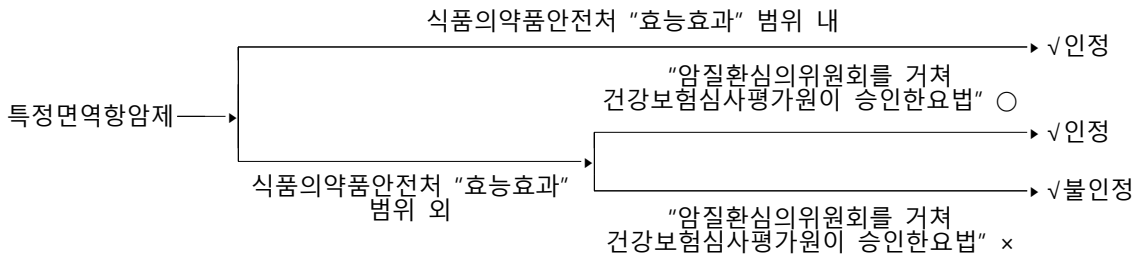
구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암'으로 특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제6조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)에서 정한 '특정면역항암약물허가치료'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

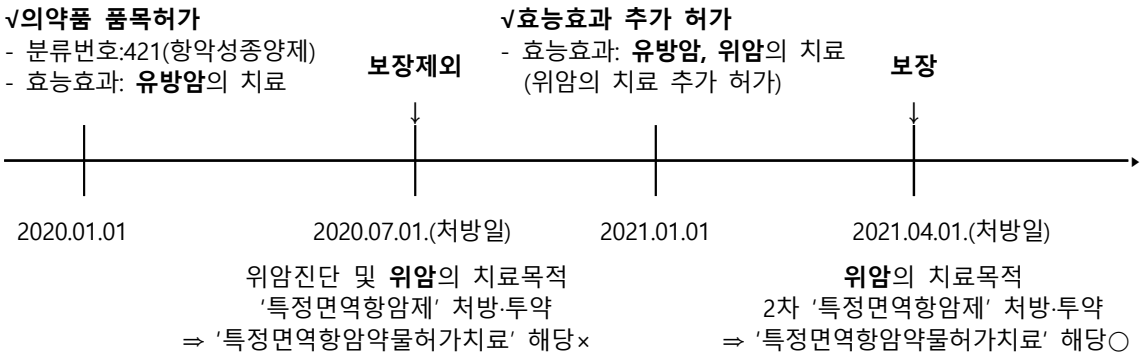
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, '특정면역항암제'가 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 특정면역항암제의 "안정성 및 유효성" 인정 범위】

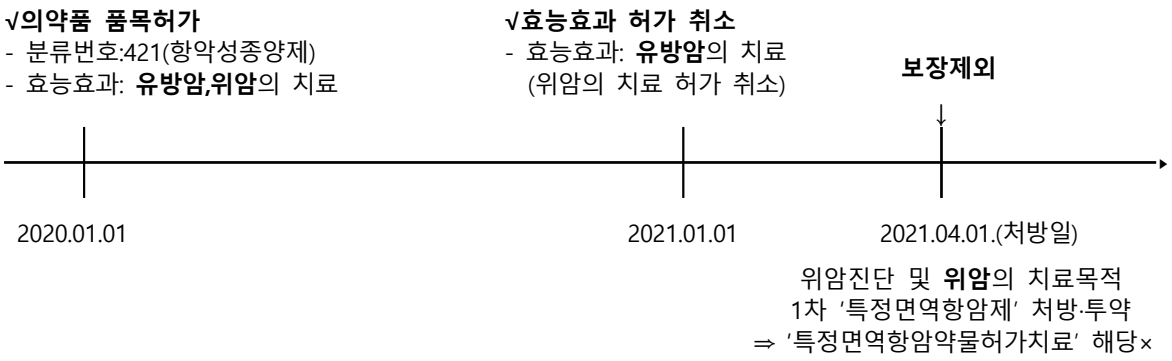


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "특정면역항암약물허가치료를 받은 경우"는 '특정면역항암제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가】



【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시 : 의약품의 "효능효과" 허가 취소】



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '특정면역항암제'란 식품의약품안전처 예규 의약품 등 분류번호에 관한 규정에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악

성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 2가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 항암치료제의 범위에서 제외됩니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

【추가설명】

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(Immune Checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【'특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내】

'특정면역항암제'에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 '특정면역항암제'에 해당하는 의약품명및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② '특정면역항암약물허가치료'라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암','기타피부암','갑상선암'의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '특정면역항암제'를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과" 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 "효능효과", "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)" 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)–의료정보–의약품정보–암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 '특정면역항암제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '특정면역항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서
   - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
     - ㉮ 진단명
     - ㉯ 투약한 약제의 제품명
     - ㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
     - ㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용여부
   - ㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험

료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-32. (갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '특정항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암', '갑상선암'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

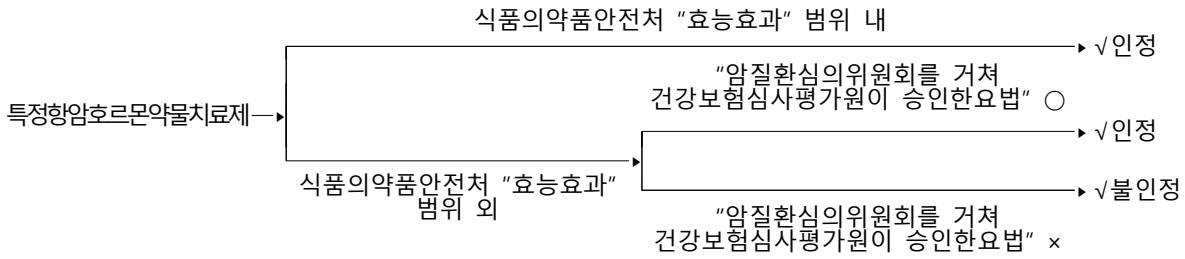
구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암'으로 특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제6조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)에서 정한 '특정항암호르몬약물허가치료'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

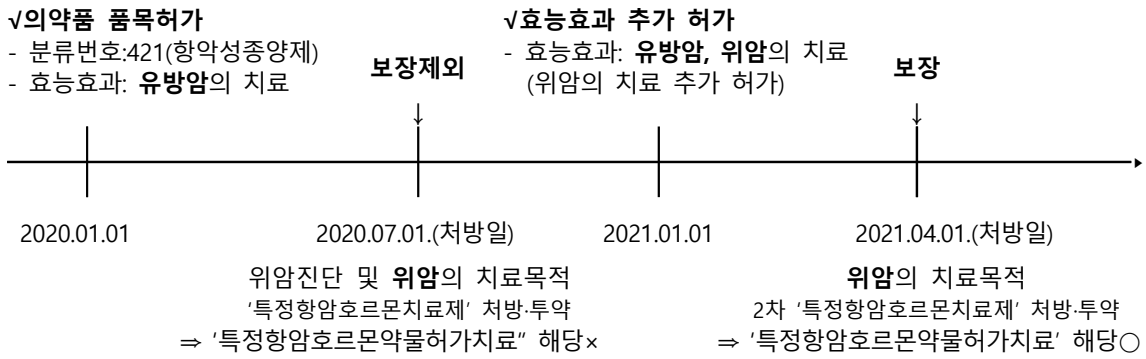
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, '특정항암호르몬치료제'가 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 특정항암호르몬약물치료제의 "안정성 및 유효성" 인정 범위】

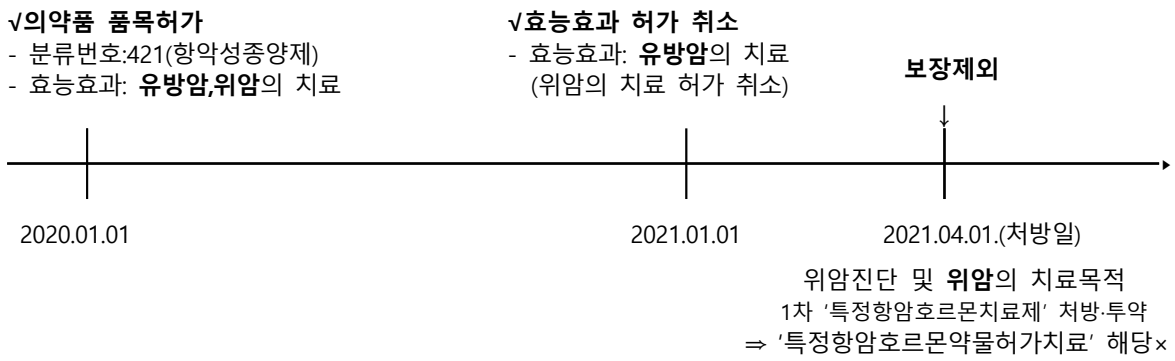


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우"는 '특정항암호르몬치료제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가】



【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시 : 의약품의 "효능효과" 허가 취소】



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '특정항암호르몬치료제'란 식품의약품안전처 예규 의약품 등 분류번호에 관한 규

정에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 종양의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【추가설명】

【'특정항암호르몬약물허가치료제' 해당 의약품명 및 성분명 안내】

'특정항암호르몬약물허가치료제'에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 11월 기준 '특정항암호르몬약물허가치료제'에 해당하는 의약품명및 성분명을 <부록>에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② '특정항암호르몬약물허가치료'라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암','기타피부암','갑상선암'의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '특정항암호르몬치료제'를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과" 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 "효능효과", "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)" 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)–의료정보–의약품정보–암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 '특정항암호르몬치료제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '특정항암호르몬치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   ㉠ 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   ㉮ 진단명
   ㉯ 투약한 약제의 제품명
   ㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   ㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용여부
   ㉲ 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
   ㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-33. (갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
카티(CAR-T)항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암', '갑상선암'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

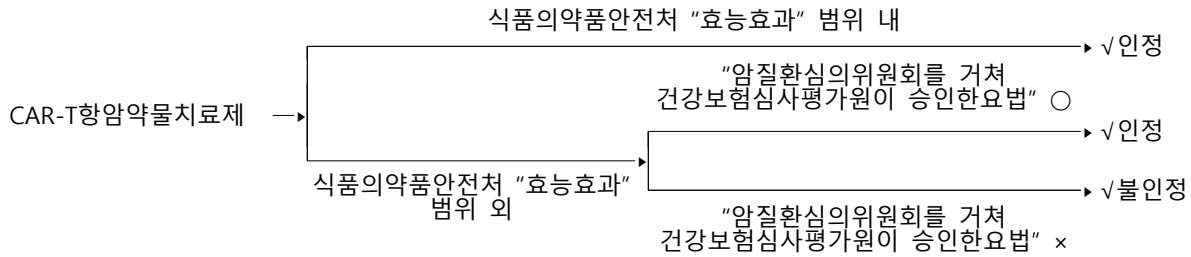
구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암'으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제6조(카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의)에서 정한 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

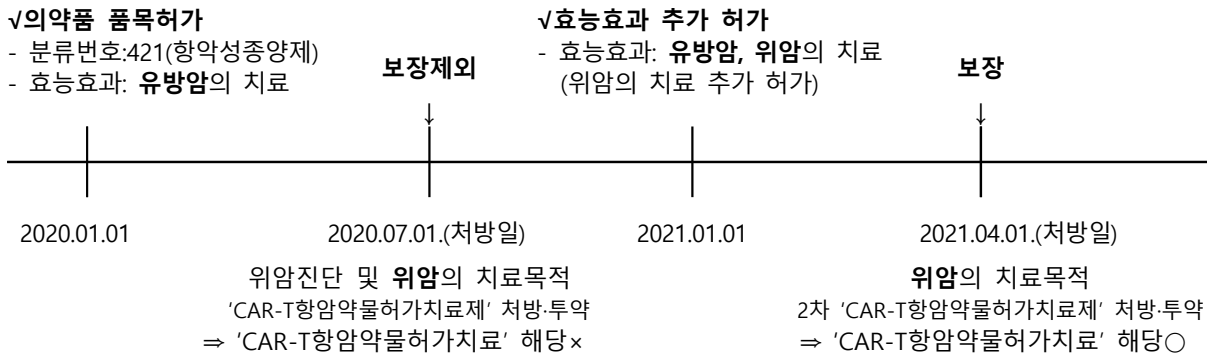
① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우, '카티(CAR-T)항암약물허가치료제'가 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만 '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【추가설명 – 카티(CAR-T)항암약물치료제의 "안정성 및 유효성" 인정 범위】

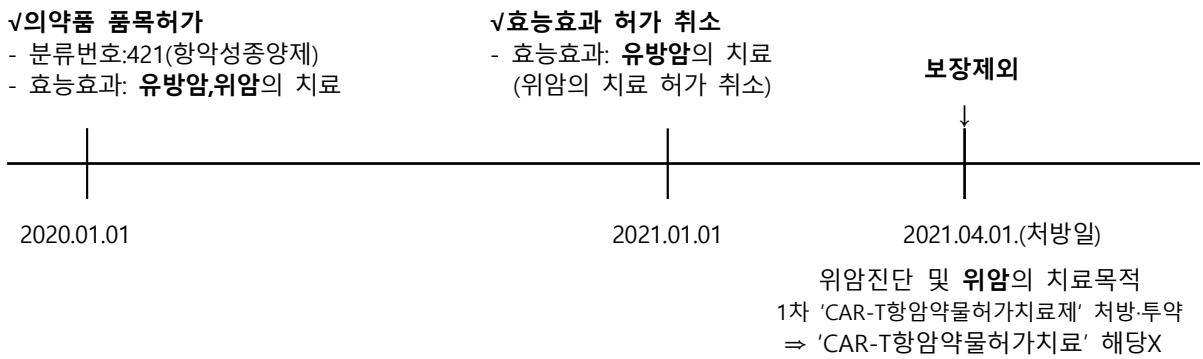


② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우"는 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(추가) 예시 : 의약품의 "효능효과" 추가 허가】



【"안정성과 유효성 인정 범위" 변경(삭제) 예시 : 의약품의 "효능효과" 허가 취소】



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제'란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체

외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

【추가설명】

【'CAR-T치료제'】

'카티(CAR-T)치료제'란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체 내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

② '카티(CAR-T)항암약물허가치료'라 함은 '항암약물치료' 중, 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암"의 치료를 목적으로 "카티(CAR-T)치료제"를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【추가설명 - 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안정성과 유효성 인정 범위" 확인방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 "효능효과" 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 "효능효과", "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)" 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)–의료정보–의약품정보–암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서
   ㉠ 카티(CAR-T)항암약물허가치료 진단서 또는 카티(CAR-T)항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㉮ 진단명
      ㉯ 투약한 약제의 제품명
      ㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용여부
   ㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-34. (갱신형)항암세기조절방사선치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 항암세기조절 방사선치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암'으로 항암세기조절 방사선치료시	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'으로 항암세기조절 방사선치료시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암'으로 항암세기조절 방사선치료시	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant

potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제6조(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)'라 함은 '항암방사선치료' 중, 피보험자의 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다. 단, 정위적방사선 치료비와 중복하여 지급하지 않습니다.

【입자방사선치료】

전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그 피크(Bragg Peak)라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자방사선 치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산

한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-35. (갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암세기조절방사선치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
항암세기조절방사선치료시(치료횟수당)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암', '갑상선암'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암'으로 항암세기조절방사선치료시(치료횟수당)	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로

분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제6조(항암세기조절방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)'라 함은 '항암방사선치료' 중, 피보험자의 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다. 단, 정위적방사선 치료비와 중복하여 지급하지 않습니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서,

의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-36. (갱신형)항암양성자방사선치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 항암양성자 방사선치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암'으로 항암양성자 방사선치료시	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'으로 항암양성자 방사선치료시	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암'으로 항암양성자 방사선치료시	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant

potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제6조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암양성자방사선치료'라 함은 '항암방사선치료' 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크, Bragg Peak)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-37. (갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암양성자방사선치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
항암양성자 방사선치료시 (치료횟수당)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암', '갑상선암'	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암'으로 항암양성자 방사선치료시 (치료횟수당)	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생

물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제6조(항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암양성자방사선치료'라 함은 '항암방사선치료' 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 '암','기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크, Bragg Peak)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신

암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제 3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.
② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-38. (갱신형)항암중입자방사선치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암중입자방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암중입자방사선치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 항암중입자방사선치료시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암', '갑상선암'으로 항암중입자방사선치료시	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암중입자방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 항암중입자방사선치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암', '기타피부암', '갑상선암'으로 항암중입자방사선치료시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제6조(항암중입자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암중입자방사선치료'라 함은 '항암방사선치료' 중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말하며, "항암양성자방사선치료"는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 느린 속도로 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크, Bragg Peak)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "항암양성자방사선치료"라 함은 '항암방사선치료' 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크, Bragg Peak)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제7조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다(이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다))를 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 4항까지 정한 내용은 '기타피부암', '갑상선암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의

다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 최초계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-39. (갱신형)암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한, 진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간"이내에 제5조(암 주요치료의 정의)에서 정한 '암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	'암'으로 진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 이하	'암'으로 진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 초과
"보험금 지급기간"동안 '암'으로 주요치료시 (연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간"이내에 '암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다.

[갱신계약시]

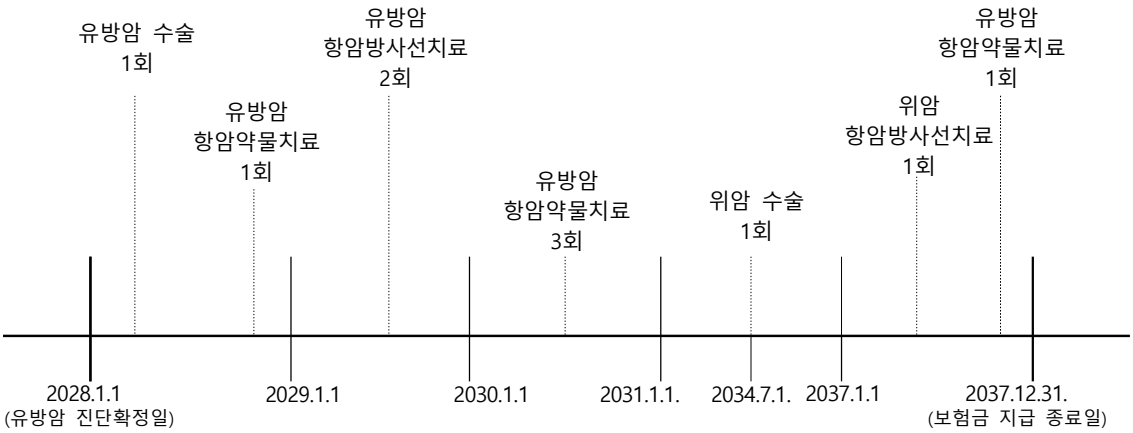
구분	지급금액
"보험금 지급기간"동안 '암'으로 주요치료시 (연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이란 '암'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암 진단 해당일"('암' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "암 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "암 진단 해당일"로 합니다.

④ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '암'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '암 주요치료'를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외) 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 유방암(C50) 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 위암(C16) 최초 진단 확정일 : 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 유방암(C50) 최초 진단 이후 유방암(C50) 이외의 암을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '암'으로 '암 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로

분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(암 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암 주요치료'라 함은 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'를 받은 경우
3. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료'를 받은 경우

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제4호이외의 '암 주요치료'와 관련없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료

등)

③ 제2항에도 불구하고 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률" 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '암'을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-40. (갱신형)기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

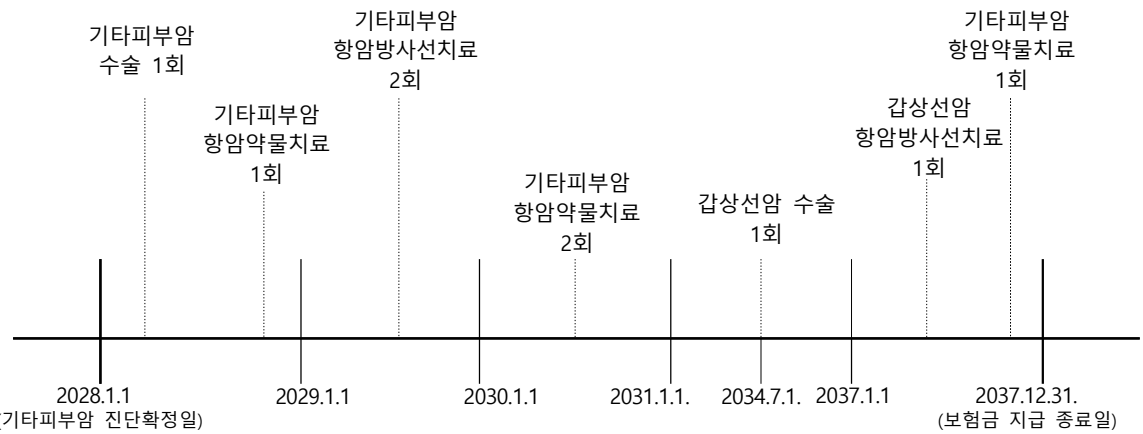
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제5조(기타피부암 및 갑상선암 주요치료의 정의)에서 정한 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이란 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"('기타피부암' 및 '갑상선암' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【기타피부암및갑상선암주요치료비 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 기타피부암(C44) 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 갑상선암(C73) 최초 진단 확정일 : 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 기타피부암(C44) 최초 진단 이후 갑상선암(C73)을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(기타피부암 및 갑상선암 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'라 함은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'를 받은 경우
3. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료'를 받은 경우

② '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제4호이외의 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'와 관련없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료등)

③ 제2항에도 불구하고 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률" 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 "갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-41.
(갱신형)종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한, 진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간"이내에 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 제5조(암 주요치료의 정의)에서 정한 '암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	'암'으로 진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 이하	'암'으로 진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 초과
"보험금 지급기간"동안 '암'으로 주요치료시 (연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 제5조(암 주요치료의 정의)에서 정한 '암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

[갱신계약시]

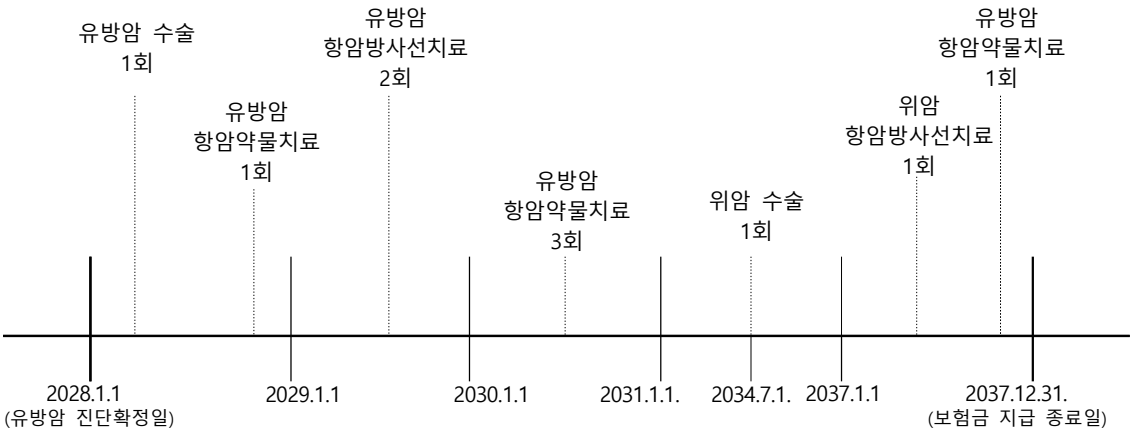
구분	지급금액
"보험금 지급기간"동안 '암'으로 주요치료시 (연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이란 '암'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암 진단 해당일"('암' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "암 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "암 진단 해당일"로 합니다.

④ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '암'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '암 주요치료'를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외) 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 유방암(C50) 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 위암(C16) 최초 진단 확정일 : 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 유방암(C50) 최초 진단 이후 유방암(C50) 이외의 암을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.
※ '종합병원'에서 암 주요치료를 받은 경우의 지급 예시입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '암'으로 '종합병원'에서 '암 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant

potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(암 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암 주요치료'라 함은 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'를 받은 경우
3. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료'를 받은 경우

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용

6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제4호이외의 '암 주요치료'와 관련없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률" 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의

'암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '암'을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원에서 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 제외한 종합병원을 말합니다. 또한, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-42. (갱신형)종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한, 진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

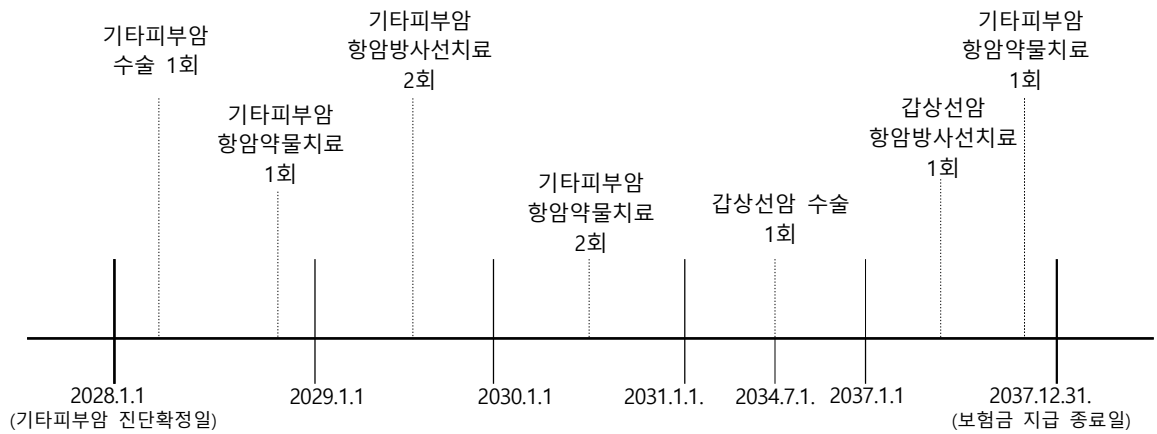
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 제5조(기타피부암 및 갑상선암 주요치료의 정의)에서 정한 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이란 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"('기타피부암' 또는 '갑상선암' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우에는 '기타피부암' 또는 '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 기타피부암(C44) 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 갑상선암(C73) 최초 진단 확정일 : 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 기타피부암(C44) 최초 진단 이후 갑상선암(C73)을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.
※ '종합병원'에서 기타피부암 및 갑상선암 주요치료를 받은 경우의 지급 예시입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.
③ 회사는 피보험자가 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 '종합병원'에서 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
③ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(기타피부암 및 갑상선암 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'라 함은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'를 받은 경우
3. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료'를 받은 경우

② '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제4호이외의 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'와 관련없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료등)

③ 제2항에도 불구하고 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률" 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 "갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원에서 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 제외한 종합병원을 말합니다. 또한, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-43.
(갱신형)상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간"이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 '상급종합병원'에서 제5조(암 주요치료의 정의)에서 정한 '암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	'암'으로 진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 이하	'암'으로 진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 초과
"보험금 지급기간"동안 '암'으로 주요치료시 (연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 '상급종합병원'에서 제5조(암 주요치료의 정의)에서 정한 '암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

[갱신계약시]

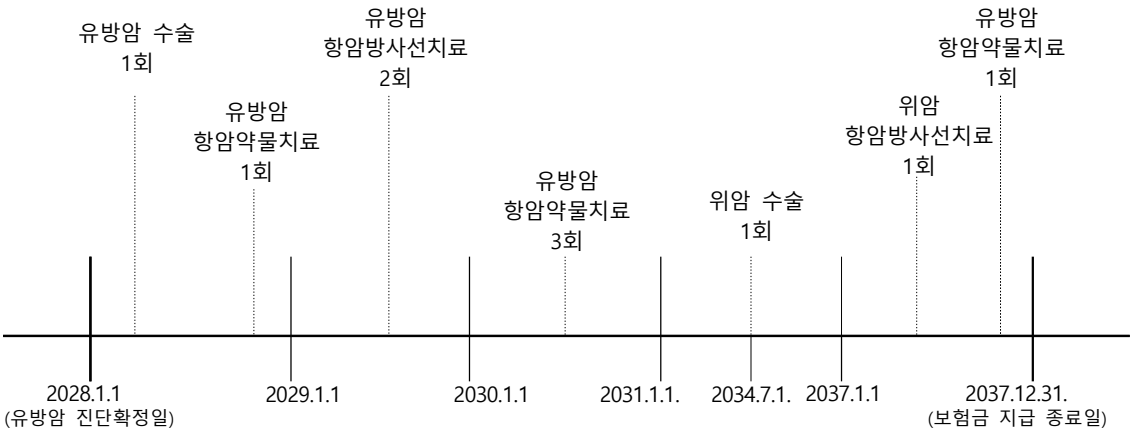
구분	지급금액
"보험금 지급기간"동안 '암'으로 주요치료시 (연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이란 '암'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암 진단 해당일"('암' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "암 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "암 진단 해당일"로 합니다.

④ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '암'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '암 주요치료'를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외) 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 유방암(C50) 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 위암(C16) 최초 진단 확정일 : 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 유방암(C50) 최초 진단 이후 유방암(C50) 이외의 암을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.
※ '상급종합병원'에서 암 주요치료를 받은 경우의 지급 예시입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '암'으로 '상급종합병원'에서 '암 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원암주요치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant

potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(암 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암 주요치료'라 함은 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'를 받은 경우
3. '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료'를 받은 경우

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용

6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제4호이외의 '암 주요치료'와 관련없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률" 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의

'암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '암'을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제

4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-44.
(갱신형)상급종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

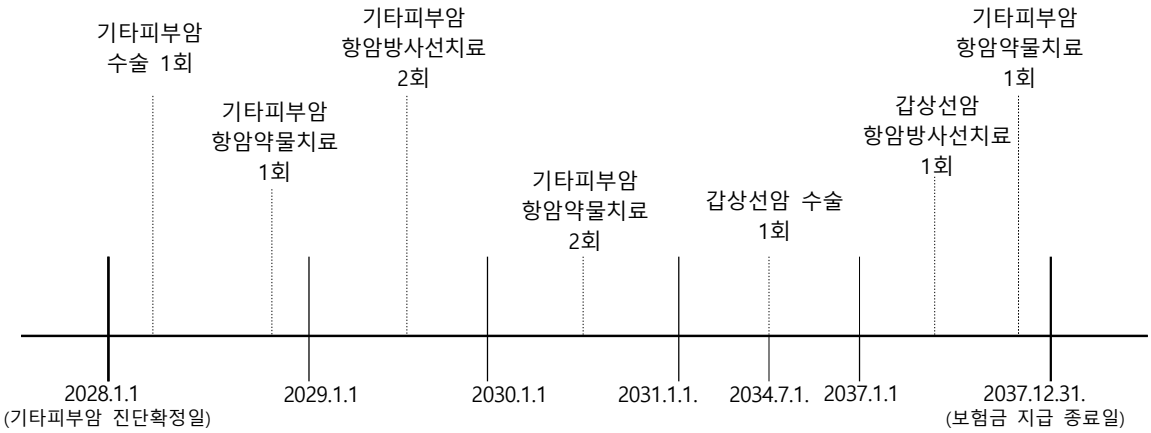
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 '상급종합병원'에서 제5조(기타피부암 및 갑상선암 주요치료의 정의)에서 정한 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 상급종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 "보험금 지급기간"이내에 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이란 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"('기타피부암' 또는 '갑상선암' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "기타피부암 및 갑상선암 진단 해당일"로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 받은 경우에는 기타피부암 및 갑상선암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【상급종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 기타피부암(C44) 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 갑상선암(C73) 최초 진단 확정일 : 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 기타피부암(C44) 최초 진단 이후 갑상선암(C73)을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.
※ '상급종합병원'에서 기타피부암 및 갑상선암 주요치료를 받은 경우의 지급 예시입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 '상급종합병원'에서 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with

malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(기타피부암 및 갑상선암 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'라 함은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'를 받은 경우
3. '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료'를 받은 경우

② '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제4호이외의 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'와 관련없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료등)

③ 제2항에도 불구하고 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률" 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 '기타피부암 및 갑상선암 주요치료'로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 "갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제4조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-45. (갱신형)비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회한, 진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제5조(비급여 암 주요치료의 정의)에서 정한 '비급여 암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 "보험금 지급기간" 이내에 '비급여 암 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 이하	진단확정된 시점이 최초계약일로부터 90일 초과
"보험금 지급기간"동안 '암'으로 비급여 주요치료시(연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%
"보험금 지급기간"동안 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 비급여 주요치료시(연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 100%	

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 '비급여 암 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다.

[갱신계약시]

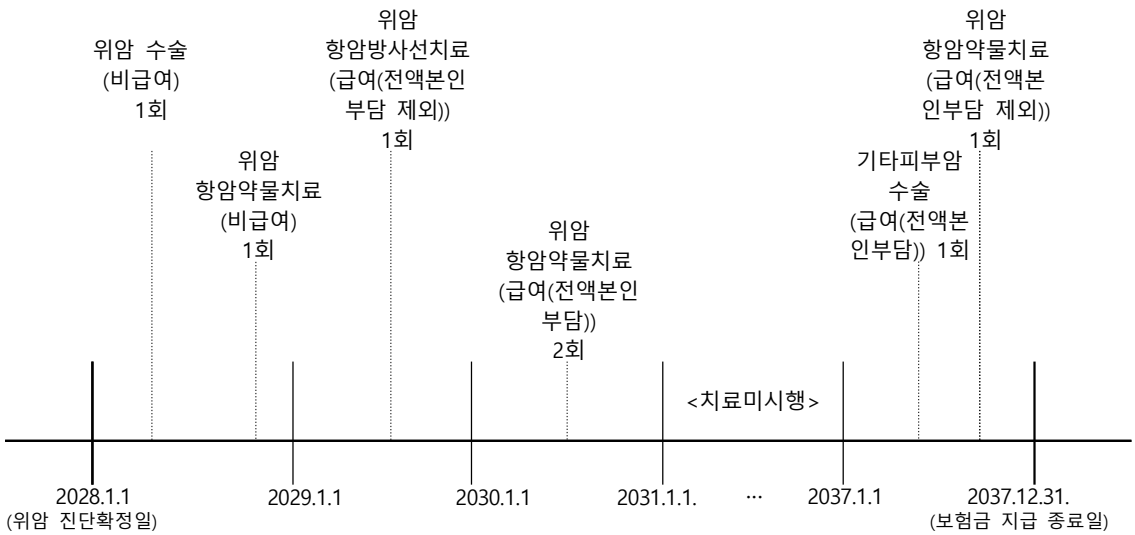
구분	지급금액
"보험금 지급기간"동안 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 비급여 주요치료시 (연간1회한, 진단후10년)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이란 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 해당일"('암', '기타피부암' 또는 '갑상선암' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 해당일"로 합니다.

④ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '비급여 암 주요치료'를 받은 경우에는 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 암, 기타피부암 또는 갑상선암 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【비급여암주요치료비(전액본인부담포함) 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 위암(C16) 최초 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 기타피부암(C44) 최초 진단 확정일 : 2037년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 위암(C16) 최초 진단 이후 위암(C16) 이외의 암을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 '비급여 암 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회 한, 진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생

물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(비급여 암 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '비급여 암 주요치료'라 함은 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담(비급여포함) 수술"을 받은 경우
2. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담(비급여포함) 항암방사선 치료"를 받은 경우
3. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 "국민건강보험법"에서 정한 요양급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 "국민건강보험법" 또는 "의료급여법"에 따라 보건복지부장관이 정한 비

급여 대상(“국민건강보험법”에서 정한 요양급여 또는 “의료급여법”에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 “국민건강보험법” 또는 “의료급여법”에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의 “전액본인부담(비급여포함) 수술”은 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 “전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료”는 제7조(항암방사선 및 항암약물치료)에서 정한 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의 “전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”는 제7조(항암방사선 및 항암약물치료)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑦ ‘비급여 암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제4호이외의 ‘비급여 암 주요치료’와 관련없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수 기재) 등). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제12조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항, 제2항 및 제3항에서 정한 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항, 제2항 및 제3항의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.
② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제14조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-46. (갱신형)암특정재활치료비(급여,1일1회한,연간10회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 입원 또는 통원 중에 제5조(암특정재활치료(급여)의 정의)에서 정한 '암특정재활치료(급여)'를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여, 연간 각각 10회한도로 아래의 금액을 보험수익자에게 암특정재활치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액	
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과
암특정재활치료(급여, 입원 연간 10회한도, 통원 연간 10회한도)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%
	'기타피부암' '갑상선암'	보험가입금액의 100%	

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 암특정재활치료 지급사유에 해당된 때에는 입원 또는 통원 각각 1일 1회에 한하여, 연간 각각 10회한도로 아래의 금액을 보험수익자에게 암특정재활치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
암특정재활치료(급여, 입원 연간 10회한도, 통원 연간 10회한도)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제5조(암특정재활치료(급여)의 정의)에서 정한 '암특정재활치료(급여)'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 다음 각 호의 경우에는 "입원 암특정재활치료(급여)"와 "통원 암특정재활치료(급여)" 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 "입원 암특정재활치료(급여)"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "통원 암특정재활치료(급여)"를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 "통원 암특정재활치료(급여)"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "입원 암특정재활치료(급여)"를 받은 경우

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(암특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 '암특정재활치료(급여)'라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 암 치료 중, 암 치료 완료 후 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '암특정재활치료(급여)'라 함은 '암'의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수" 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
1. 단순운동치료	MM101
2. 운동치료-복합운동치료	MM102
3. 운동치료-등속성운동치료	MM103
4. 작업치료-단순작업치료	MM111
5. 작업치료-복합작업치료	MM112
6. 작업치료-특수작업치료	MM113
7. 일상생활동작훈련치료	MM114
8. 압박치료	MM190
9. 복합림프물리치료	MM200
10. 재활기능치료-매트및이동치료	MM301
11. 재활기능치료-보행치료	MM302
12. 항문직장및골반근의생체되먹이기치료	MX031
13. 연하장애재활치료	MX141
14. 연하재활-기능적전기자극치료	MZ008

③ 제2항에도 불구하고 보장하는 '암특정재활치료(급여)' 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수" 개정으로 변경되더라도 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제2항의 '암특정재활치료(급여)'는 "국민건강보험법"에서 정한 요양급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제7조(통원의 정의와 장소)

'통원'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료확인서(암특정재활치료비의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수 기재), 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수

기재), 진료기록부 등). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '기타피부암', '갑상선암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-47. (갱신형)암특정통증완화치료비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암'으로 진단확정되고 그 '암'으로 인한 통증 완화를 목적으로 피보험자가 제5조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)에서 정한 '암특정통증완화치료(급여)'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암특정통증완화치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과
암특정통증완화치료비 (급여,연간1회한)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암'으로 진단확정되고 암특정통증완화치료 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암특정통증완화치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
암특정통증완화치료비 (급여,연간1회한)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제5조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)에서 정한 '암특정통증완화치료(급여)'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분

류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 '암특정통증완화치료(급여)'라 함은 "신경차단·파괴치료(급여)" 또는 "마약성진통제치료(급여)"중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. "신경차단·파괴치료(급여)"라 함은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드(【별표15】 참조)에 해당하는 치료를 말합니다.
2. "마약성진통제치료(급여)"라 함은 "마약성진통제(급여)"를 회수(일수)가 연간 30회(일)이상 처방받은 경우를 말합니다. "마약성진통제(급여)"라 함은 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에서 정한 분류번호 중 아래 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.

분류번호 및 약효분류
800 마약
810 알칼로이드 마약(천연)
811 아편알칼로이드계 제제
812 코카알칼로이드계 제제
820 비알칼로이드계 마약
821 합성 마약
829 기타의 비알칼로이드계 마약
890 기타의 마약

② 제1항의 '암특정통증완화치료(급여)'는 "국민건강보험법"에서 정한 요양급여 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "신경차단·파괴치료(급여)" 또는 "마약성진통제치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 "연간 30회(일)이상 처방받는 경우"라 함은 "마약성진통제(급여)"의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "마약성진통제(급여)"를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30회(일)이상인 경우를 말합니다.

④ 제3항의 처방일수 합산시 기준일자는 "마약성진통제(급여)"를 처방받은 날로 합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수" 및 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"의 개정에 따라 수가코드 및 분류번

호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 "신경차단·파괴치료(급여)" 및 "마약성진통제치료(급여)"에 준하여 "신경차단·파괴치료(급여)" 및 "마약성진통제치료(급여)"를 결정합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수" 및 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수" 및 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. "신경차단·파괴치료(급여)"를 받은 경우 : 진료확인서("통증의 원인" 필수기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부 등. 단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
   나. "마약성진통제치료(급여)"를 받은 경우 : 진료확인서("통증의 원인" 필수기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재) 등.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-48. (갱신형)통합암검사비 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① (갱신형)암CT검사비(연간1회한)
② (갱신형)암MRI검사비(연간1회한)
③ (갱신형)암PET검사비(연간1회한)
④ (갱신형)암초음파검사비(연간1회한)
⑤ (갱신형)특정NGS유전자패널검사비(연간1회한)

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고, 그 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 'CT검사', 'MRI검사', 'PET검사' 또는 '초음파검사'를 받은 경우 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암검사비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액		
		최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
암CT검사비 (연간1회한)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 40%
	'기타피부암' '갑상선암'	보험가입금액의 20%		보험가입금액의 40%
암MRI검사비 (연간1회한)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 60%
	'기타피부암' '갑상선암'	보험가입금액의 30%		보험가입금액의 60%
암PET검사비 (연간1회한)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 60%
	'기타피부암' '갑상선암'	보험가입금액의 30%		보험가입금액의 60%
암초음파검사비 (연간1회한)	'암'	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%
	'기타피부암' '갑상선암'	보험가입금액의 10%		보험가입금액의 20%

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 '특정NGS유전자패널검사(급여)'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암검사비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
특정NGS유전자패널검사비 (연간1회한)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항 및 제2항에서 정한 암CT검사비, 암MRI검사비, 암PET검사비, 암초음파검사비, 그리고 특정NGS유전자패널검사비 지급사유에 해당된 때에는 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통합암검사비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
암CT검사비 (연간1회한)	보험가입금액의 40%
암MRI검사비 (연간1회한)	보험가입금액의 60%
암PET검사비 (연간1회한)	보험가입금액의 60%
암초음파검사비 (연간1회한)	보험가입금액의 20%
특정NGS유전자패널검사비 (연간1회한)	보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제6조(CT검사 등의 정의) 및 제7조(특정NGS유전자패널검사(급여)의 정의)에서 정한 'CT검사', 'MRI검사', 'PET검사', '초음파검사', 특정NGS유전자패널검사'를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① PET-CT검사 시에는 암CT검사비를 지급하지 않습니다.

② PET-MRI검사 시에는 암MRI검사비를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 '특정NGS유전자패널검사(급여)'를 받은 경우에도 1회의 특정NGS유전자패널검사비만 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한

질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조(CT검사, MRI검사, PET검사 및 초음파검사의 정의)

① 이 특별약관에서 'CT검사'라 함은 전산화단층영상검사(CT, Computed Tomography)>라고도 불리며, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체영상을 얻는 영상검사법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 'MRI검사'라 함은 자기공명영상검사(MRI, Magnetic Resonance Imaging)>라고도 불리며, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 강한 자기장내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻는 검사법을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 'PET검사'라 함은 양전자 방출 단층촬영(PET, Positron Emission Tomography)>라고도 불리며, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이

와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상검사법을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 '초음파검사'라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법을 말합니다.

제7조(특정NGS유전자패널검사(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 '특정NGS유전자패널검사'라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사로 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 "수가코드"에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

수가코드	수가명
CB003	비유전성 유전자검사 Genetic Tests for Somatic Variants - (1) 고형암 Solid malignant tumor - (가) Level I
CB004	비유전성 유전자검사 Genetic Tests for Somatic Variants - (1) 고형암 Solid malignant tumor - (가) Level II
CB005	비유전성 유전자검사 Genetic Tests for Somatic Variants - (2) 혈액암 Hematologic malignancy - (가) Level I
CB006	비유전성 유전자검사 Genetic Tests for Somatic Variants - (2) 혈액암 Hematologic malignancy - (가) Level II

【차세대염기서열분석(NGS)】

차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

② 제1항의 '특정NGS유전자패널검사(급여)'는 "선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준" 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 "선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준" 【별표3】(실시조건)(【부록-법 및 규정】 참조)에 근거한 "차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관"으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

③ 제1항의 '특정NGS유전자패널검사(급여)'는 "국민건강보험법"에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 "의료급여법"에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제1항에서 보장하는 의료행위 당시 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 변경되더라도 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않

습니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부 등). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제11조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우, 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다. 다만, '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우, 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 경우, 회사의 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(회사의 보장개시)의 최초계약의 보장개시일을 따릅니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-49. (갱신형)암사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 암사망보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액		
	최초계약일로부터 90일 이하	최초계약일로부터 90일 초과 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'암'으로 사망시	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 사망시	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고 그 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 암사망보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'암'으로 사망시	보험가입금액의 100%
'기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 사망시	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '기타피부암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with

malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '갑상선암'으로 분류되는 질병으로 악성신생물(암) 분류표(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

④ 한국표준질병·사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표(【별표6】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단이 가능하지 않을 때 예시】

□ 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

□ 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

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

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제20조(계약의 무효)
2. 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제7조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의

계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(회사의 보장개시)

① 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 갱신 계약의 '암'에 대한 보장개시일은 갱신일로 합니다.

② '기타피부암', '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. '갑상선암', '기타피부암'의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-50. (갱신형)뇌출혈진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌출혈'로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌출혈진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'뇌출혈' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '뇌출혈'로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌출혈진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'뇌출혈' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '뇌출혈'로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌출혈진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '뇌출혈'로 분류되는 질병으로 뇌출혈 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌출혈'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화

된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌출혈'로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-51. (갱신형)뇌졸중진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌졸중진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'뇌졸중" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '뇌졸중'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌졸중진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'뇌졸중' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '뇌졸중'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌졸중진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌졸중'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '뇌졸중'으로 분류되는 질병으로 뇌졸중 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌졸중'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서

화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌졸중'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-52. (갱신형)뇌혈관질환진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌혈관질환진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'뇌혈관질환' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌혈관질환진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'뇌혈관질환' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "뇌혈관질환"으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌혈관질환진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병으로 뇌혈관질환 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌혈관질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-53. (갱신형)급성심근경색증진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 급성심근경색증진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'급성심근경색증' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 급성심근경색증진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'급성심근경색증' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "급성심근경색증'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병으로 급성심근경색증 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-54. (갱신형)허혈성심장질환진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '허혈성심장질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 허혈성심장질환진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'허혈성심장질환' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 "허혈성심장질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 허혈성심장질환진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'허혈성심장질환' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "허혈성심장질환'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 허혈성심장질환진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '허혈성심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '허혈성심장질환"으로 분류되는 질병으로 허혈성심장질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수

있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-55. (갱신형)뇌출혈진단후생활자금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌출혈'로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 뇌출혈진단후생활자금으로 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'뇌출혈' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급금액
'뇌출혈' 진단시	120만원	계약일로부터 1년 미만	보험가입금액의 50% x 24회	5만원
	240만원	계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 100% × 24회	10만원

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '뇌출혈'로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 뇌출혈진단후생활자금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'뇌출혈' 진단시	보험가입금액의 100%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준	1회 지급금액
'뇌출혈' 진단시	240만원	보험가입금액의 100% × 24회	10만원

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '뇌출혈'로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌출혈진단후생활자금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제1항과 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조

(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '뇌출혈'로 분류되는 질병으로 뇌출혈 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌출혈'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌출혈'로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-56. (갱신형)급성심근경색증진단후생활자금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 급성심근경색증진단후생활자금으로 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'급성심근경색증' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준		1회 지급금액
'급성심근경색증' 진단시	120만원	계약일로부터 1년 미만	보험가입금액의 50% × 24회	5만원
	240만원	계약일로부터 1년 이상	보험가입금액의 100% × 24회	10만원

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2년 동안 매월 보험금 지급사유 발생일에 보험수익자에게 급성심근경색증진단후생활자금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'급성심근경색증' 진단시	보험가입금액의 100%

【보험금 지급예시(보험가입금액 10만원)】

구분	총지급금액	지급기준	1회 지급금액
'급성심근경색증' 진단시	240만원	보험가입금액의 100% × 24회	10만원

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '급성심근경색증'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단후생활자금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제1항과 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평

균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병으로 급성심근경색증 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-57. (갱신형)심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

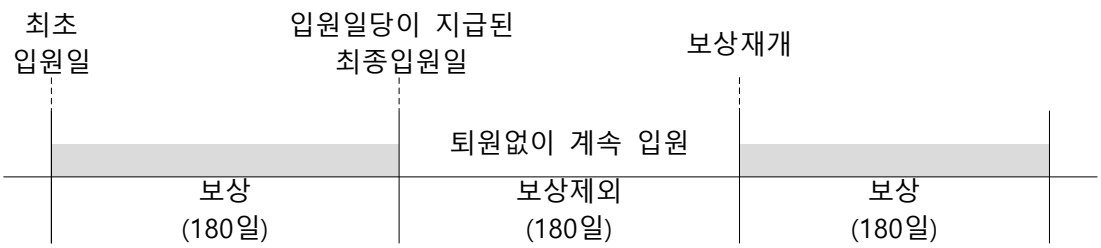
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심뇌혈관질환'으로 진단확정되고, 그 '심뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일수 1일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "심뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 '심뇌혈관질환'으로 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '심뇌혈관질환'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '심뇌혈관질환'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '심뇌혈관질환'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '심뇌혈관질환'으로 진단된 경우에는 이는 '심뇌혈관질환'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 '심뇌혈관질환'의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '심뇌혈관질환'에 대한 입원이라도 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '심뇌혈관질환'으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '심뇌혈관질환'의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(심뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '심뇌혈관질환'이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병으로 뇌혈관질환분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ "뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "허혈성심장질환"으로 분류되는 질병으로 허혈성심장질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통

약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-58. (갱신형)뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

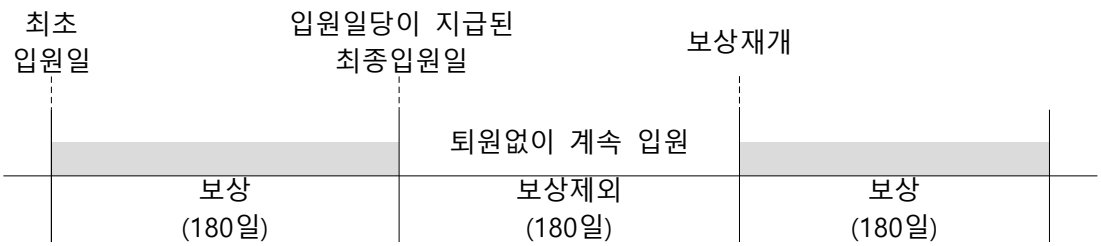
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단확정되고, 그 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일수 1일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "뇌출혈 및 급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 진단된 경우에는 이는 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'에 대한 입원이라도 뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '뇌출혈' 또는 '급성심근경색증'의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지

급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '뇌출혈'로 분류되는 질병으로 뇌출혈 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌출혈'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌출혈'로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병으로 급성심근경색증 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-59. (갱신형)뇌출혈수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌출혈'로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌출혈수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'뇌출혈'로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '뇌출혈'로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌출혈수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'뇌출혈'로 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '뇌출혈'로 분류되는 질병으로 뇌출혈 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌출혈'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌출혈'로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법

에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-60. (갱신형)뇌혈관질환수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 뇌혈관질환수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'뇌혈관질환' 수술 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 뇌혈관질환수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'뇌혈관질환' 수술 시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병으로 뇌혈관질환분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌혈관질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법

에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-61. (갱신형)급성심근경색증수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 급성심근경색증수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'급성심근경색증'으로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 급성심근경색증수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'급성심근경색증'으로 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병으로 급성심근경색증 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"

라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-62. (갱신형)허혈성심장질환수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '허혈성심장질환'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 허혈성심장질환수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'허혈성심장질환' 수술 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 허혈성심장질환수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'허혈성심장질환' 수술 시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '허혈성심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병으로 허혈성심장질환분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법

제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-63. (갱신형)급성심근경색증혈전용해치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 혈전용해치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'급성심근경색증'으로 혈전용해치료시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 혈전용해치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
급성심근경색증'으로 혈전용해치료시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '급성심근경색증'의 직접적인 치료를 목적으

로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

【용어 풀이】

1. 혈전 : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리를 말합니다.
2. 색전 : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-64. (갱신형)뇌경색증혈전용해치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌경색증'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 혈전용해치료비로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'뇌경색증'으로 혈전용해치료시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '뇌경색증'으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 혈전용해치료비로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'뇌경색증'으로 혈전용해치료시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '뇌경색증'의 직접적인 치료를 목적으로 "혈

전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

【용어 풀이】

1. 혈전 : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리를 말합니다.
2. 색전 : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-65. (갱신형)2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

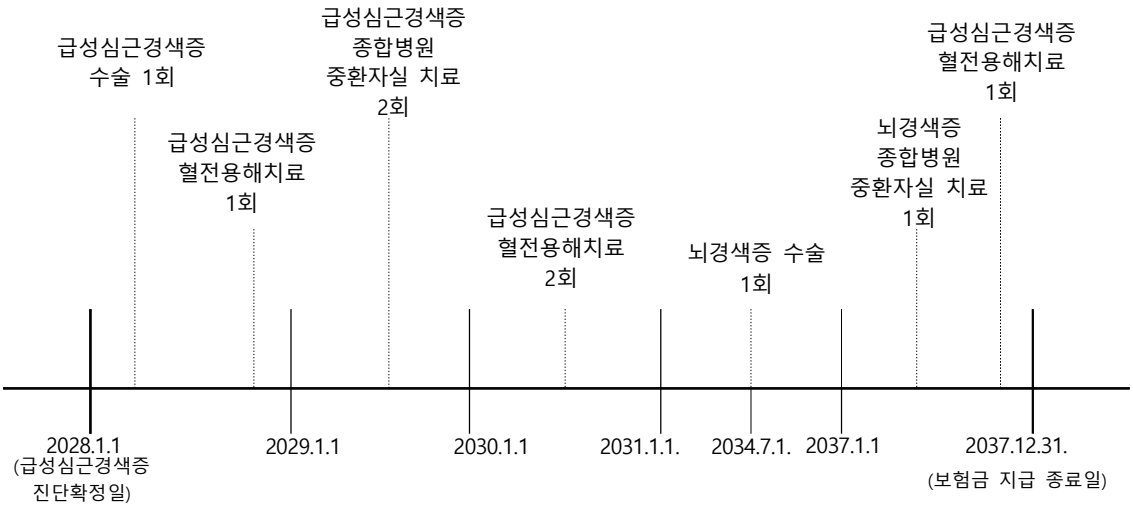
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '2대질병'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제5조(2대질병 주요치료의 정의)에서 정한 '2대질병 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '2대질병'으로 "보험금 지급기간" 이내에 '2대질병 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이란 '2대질병'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "2대질병 진단 해당일"('2대질병' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "2대질병 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "2대질병 진단 해당일"로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '2대질병'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '2대질병 주요치료'를 받은 경우에는 '2대질병' 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【2대질병주요치료비 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 급성심근경색증(I21) 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 뇌경색증(I63) 최초 진단 확정일: 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 급성심근경색증(I21) 최초 진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 '2대질병'을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지

급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '2대질병'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '2대질병'으로 '2대질병 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '2대질병'이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병으로 뇌혈관질환분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ "뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "허혈성심장질환"으로 분류되는 질병으로 허혈성심장질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(2대질병 주요치료의 정의)

이 특별약관에서 '2대질병 주요치료'라 함은 '2대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(혈전용해치료의 정의)에서 정한 '혈전용해치료'를 받은 경우
3. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 제8조(종합병원 중환자실치료의 정의)에서 정한 '종합병원 중환자실치료'를 받은 경우

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"

라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '혈전용해치료'라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 '2대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

【용어 풀이】

1. 혈전 : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리를 말합니다.
2. 색전 : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)을 말합니다.

제8조(종합병원 중환자실 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '종합병원 중환자실 치료'라 함은 의사에 의하여 '2대질병'으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 '2대질병'으로 제1항에서 정한 종합병원의 "중환자실"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 받은 경우를 말합니다.
③ 제2항에서 "중환자실"이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등의 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정) 제2항 및 제3항에서 정한 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정) 제2항 및 제3항에서 정한 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-66. (갱신형)종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

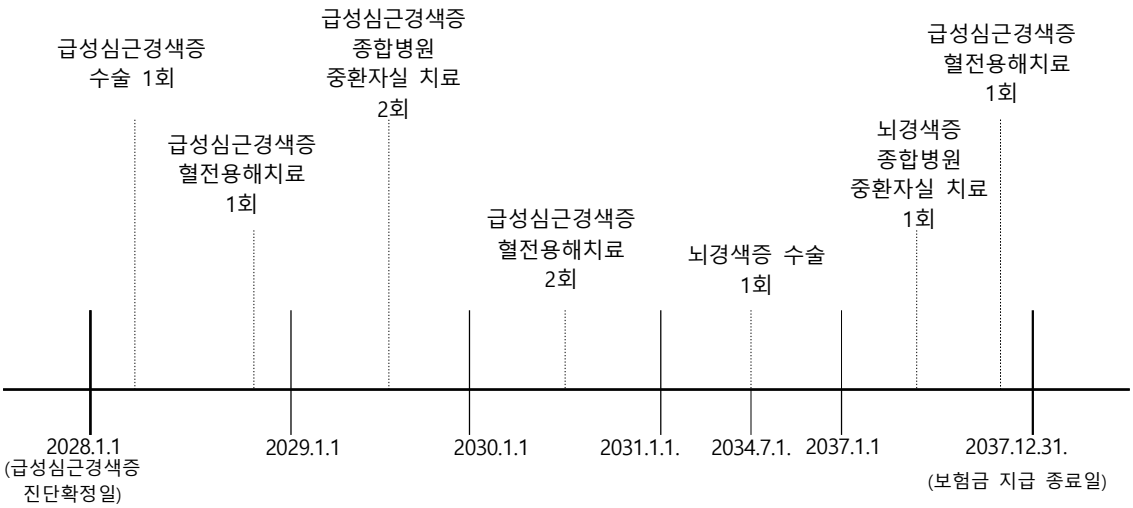
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '2대질병'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 제5조(2대질병 주요치료의 정의)에서 정한 '2대질병 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '2대질병'으로 "보험금 지급기간"이내에 '2대질병 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이란 '2대질병'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "2대질병 진단 해당일"('2대질병' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "2대질병 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "2대질병 진단 해당일"로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '2대질병'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '2대질병 주요치료'를 받은 경우에는 '2대질병' 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【종합병원2대질병주요치료비 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 급성심근경색증(I21) 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 뇌경색증(I63) 최초 진단 확정일: 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 급성심근경색증(I21) 최초 진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 '2대질병'을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.

※ '종합병원'에서 2대질병 주요치료를 받은 경우의 지급 예시입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '2대질병'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 '2대질병'으로 '2대질병 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 종합병원2대질병주요치료비(연간1회한, 진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '2대질병'이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병으로 뇌혈관질환분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ "뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "허혈성심장질환"으로 분류되는 질병으로 허혈성심장질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(2대질병 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '2대질병 주요치료'라 함은 '2대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
2. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(혈전용해치료의 정의)에서 정한 '혈전용해치료'를 받은 경우
3. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 '종합병원'에서 제9조(종합병원 중환자실치료의 정의)에

서 정한 '종합병원 중환자실치료'를 받은 경우

② 제1항의 '2대질병 주요치료'는 제8조(종합병원의 정의)에서 정의한 '종합병원'에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '혈전용해치료'라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 '2대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

【용어 풀이】

1. 혈전 : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리를 말합니다.
2. 색전 : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원에서 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 제외한 종합병원을 말합니다. 또한, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제9조(종합병원 중환자실 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '종합병원 중환자실 치료'라 함은 의사에 의하여 '2대질병'으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 '2대질병'으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 "중환자실"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항에서 "중환자실"이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등의 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정) 제2항 및 제3항에서 정한 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정) 제2항 및 제3항에서 정한 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-67. (갱신형)상급종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

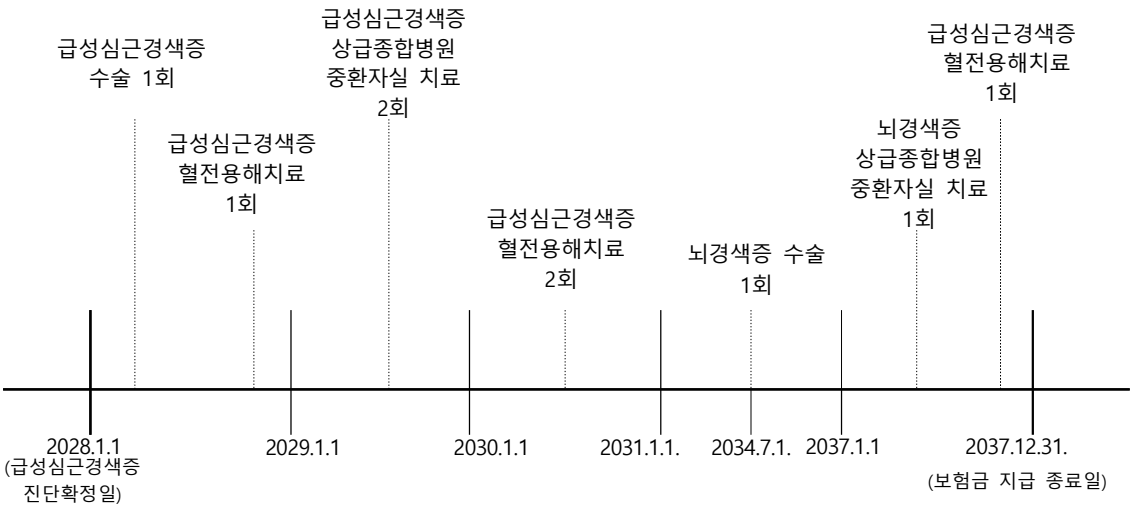
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '2대질병'으로 진단확정되고 "보험금 지급기간" 이내에 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 '상급종합병원'에서 제5조(2대질병 주요치료의 정의)에서 정한 '2대질병 주요치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 상급종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)로 지급합니다. 다만, 최초 진단과 상이한 '2대질병'으로 "보험금 지급기간"이내에 '2대질병 주요치료'를 받은 경우도 포함합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이란 '2대질병'의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "2대질병 진단 해당일"('2대질병' 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 "2대질병 진단 해당일"이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 "2대질병 진단 해당일"로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "보험금 지급기간"이란 '2대질병'의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 '2대질병 주요치료'를 받은 경우에는 '2대질병' 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.

【상급종합병원2대질병주요치료비 지급 예시】

√ 해당 특별약관 계약일 : 2026년 1월 1일
√ 급성심근경색증(I21) 진단 확정일 : 2028년 1월 1일
√ 뇌경색증(I63) 최초 진단 확정일: 2034년 1월 1일



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 7차년도	…	진단 후 10차년도
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)

※ 2028년 1월 1일 급성심근경색증(I21) 최초 진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 '2대질병'을 최초 진단 받더라도 보험금 지급기간은 2028년 1월 1일부터 최대 10년입니다.
※ '상급종합병원'에서 2대질병 주요치료를 받은 경우의 지급 예시입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 '2대질병'으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "보험금 지급기간"이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.
③ 회사는 피보험자가 '2대질병'으로 '2대질병 주요치료'를 각각 연 1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 하나의 상급종합병원2대질병주요치료비(연간1회한, 진단후10년)만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '2대질병'이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 총칭합니다.
② 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병으로 뇌혈관질환분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
③ "뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 보험기간 중에 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우
④ 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 "허혈성심장질환"으로 분류되는 질병으로 허혈성심장질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
⑤ "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 보험기간 중에 피보험자가 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(2대질병 주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '2대질병 주요치료'라 함은 '2대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
   1. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 '수술'을 받은 경우
   2. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(혈전용해치료의 정의)에서 정한 '혈전용해치료'를 받은 경우
   3. '2대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 제9조(상급종합병원 중환자실치료의 정의)에서 정한 '상급종합병원 중환자실치료'를 받은 경우

② 제1항의 '2대질병 주요치료'는 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정의한 '상급종합병원'에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '혈전용해치료'라 함은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 '2대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

【용어 풀이】

1. 혈전 : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리를 말합니다.
2. 색전 : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제9조(상급종합병원 중환자실 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '상급종합병원 중환자실 치료'라 함은 의사에 의하여 '2대질병'으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 '2대질병'으로 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원의 "중환자실"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항에서 "중환자실"이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등의 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정) 제2항 및 제3항에서 정한 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 진단확정을 받고 "보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 제1-1절 보통약관일반조항 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정) 제2항 및 제3항에서 정한 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-68. (갱신형)뇌졸중사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정되고 그 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 뇌졸중사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌졸중'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 뇌졸중으로 분류되는 질병으로 뇌졸중 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '뇌졸중'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌졸중'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이

소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-69. (갱신형)급성심근경색증사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정되고 그 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 급성심근경색증사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병으로 급성심근경색증 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중에 피보험자가 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-70. (갱신형)질병사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망하였을 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-71. (갱신형)질병후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래의 금액을 보험수익자에게 질병후유장해(3~100%)보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
질병으로 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액의 50% 해당액	장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액의 100% 해당액

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래의 금액을 보험수익자에게 질병후유장해(3~100%)보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
질병으로 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액의 100% 해당액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에

가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【질병후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 질병후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 상해로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 질병으로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 질병으로 인한 장해지급률 35%에서 상해로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 질병후유장해(3~100%)보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-72. (갱신형)질병80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의

하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

【질병80%이상후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 질병80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 장해지급률 80%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 5%를 차감한 75%에 해당되기 때문에 질병80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-73. (갱신형)질병입원일당(4일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

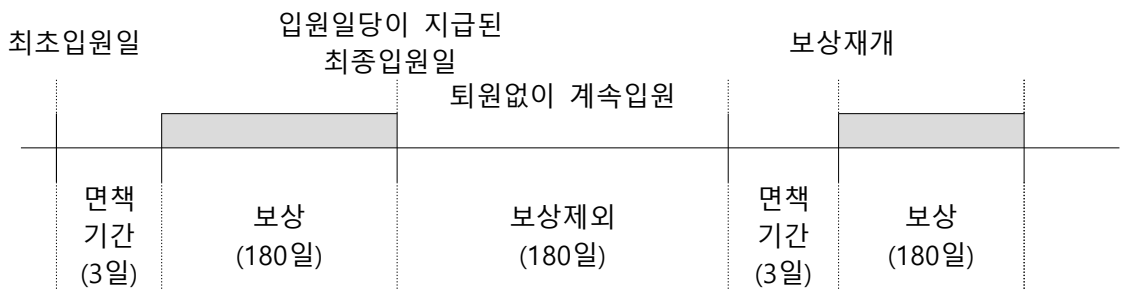
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일수 4일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 질병입원일당(4일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병입원일당(4일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 질병으로 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(4일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(4일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(4일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(4일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(4일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-74. (갱신형)질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

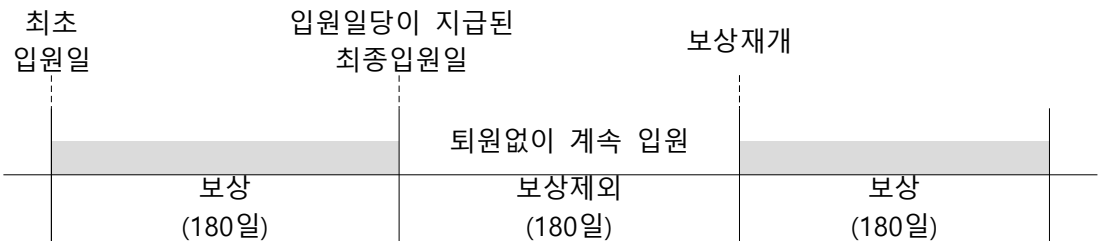
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일수 1일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 질병으로 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-75. (갱신형)질병종합병원입원일당(4일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '종합병원'에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일수 4일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

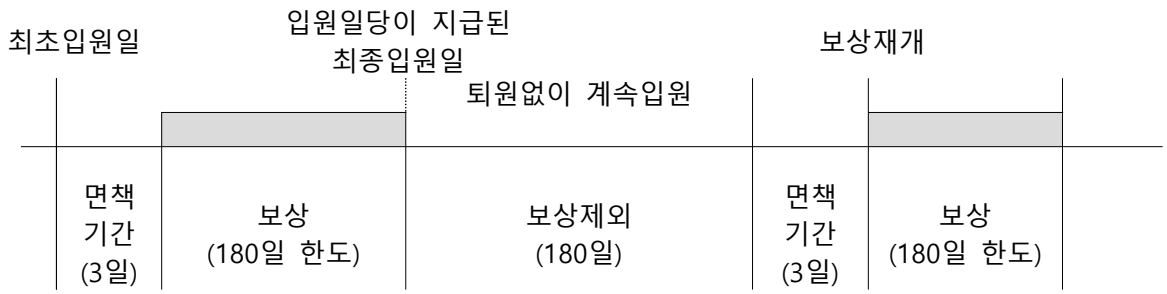
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금의 지급일수 및 지급한도는 '종합병원'에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 "질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

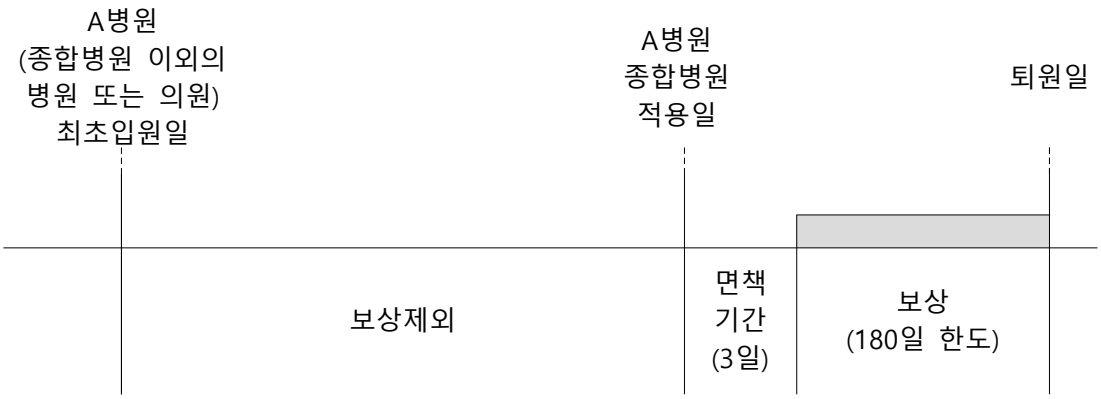
⑦ 피보험자가 다른 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 '종합병원'에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

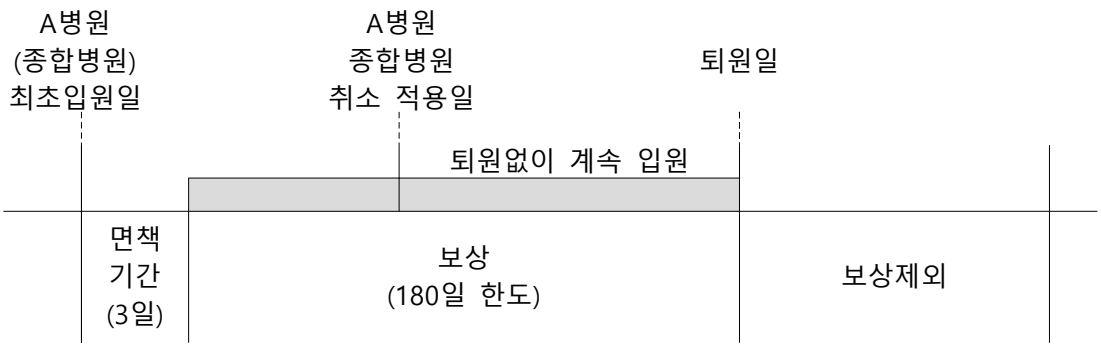
⑩ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 '종합병원'에 해당하게 된 경우에는 '종합병원' 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

【보상기간 예시】



⑪ 피보험자가 '종합병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 '종합병원' 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원입원일당(4일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

【보상기간 예시】



⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-76. (갱신형)질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

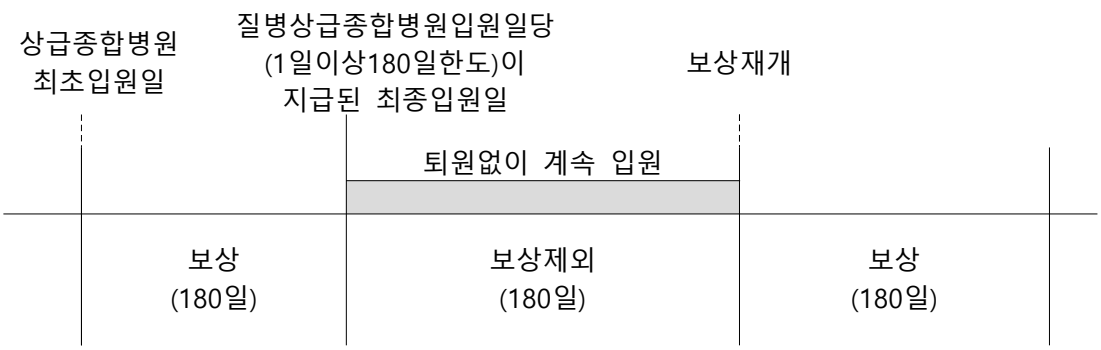
① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수 및 지급한도는 '상급종합병원'에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 "질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

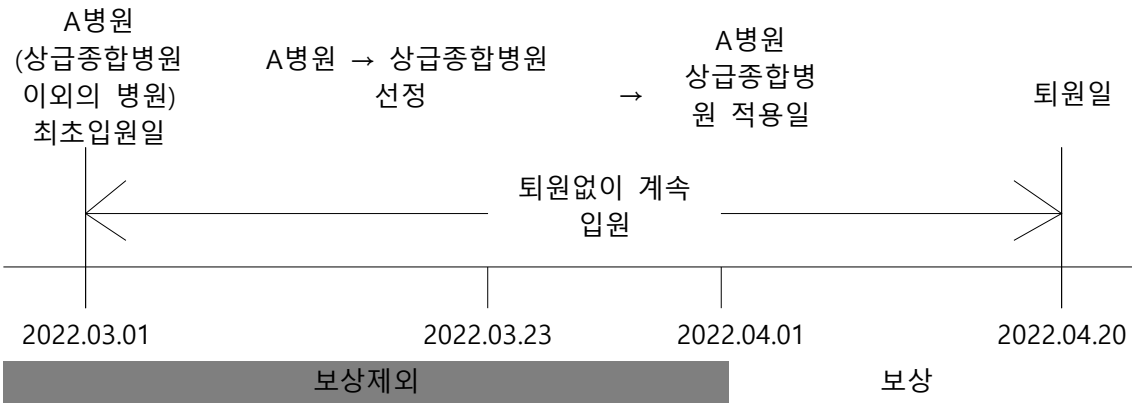
⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병

원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

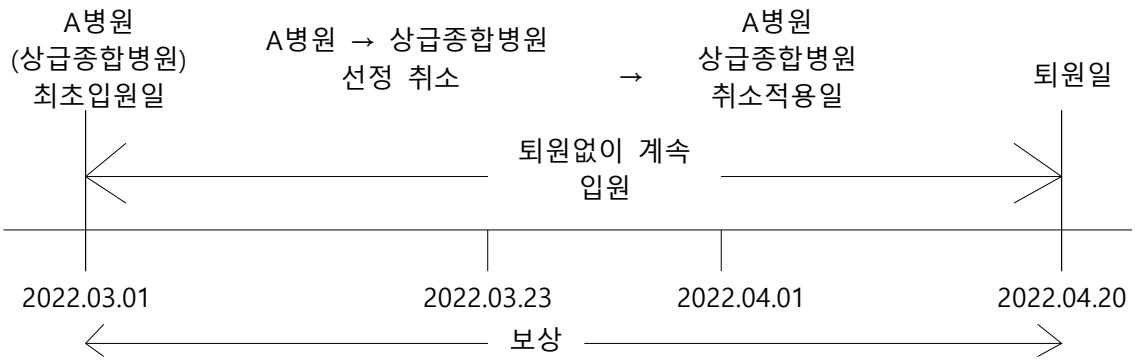
⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 별지 제5호 서식의 상급종합병원지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

【보상기간 예시】



⑪ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

【보상기간 예시】



⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-77. (갱신형)질병간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원을 신청하였음에도 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대한 간병인 사용비용이 발생하였을 때 보험수익자에게 제4항에서 정한 간병인지원비용을 지급합니다.

③ 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.

【간병인의 주요 업무】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑤ 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인지원비용을 지급하지 않고 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

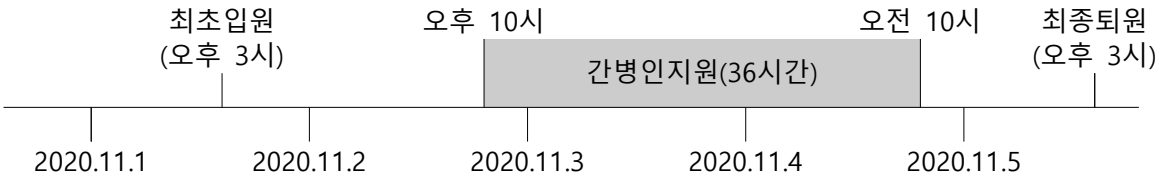
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수와 간병인의 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수 예시1】

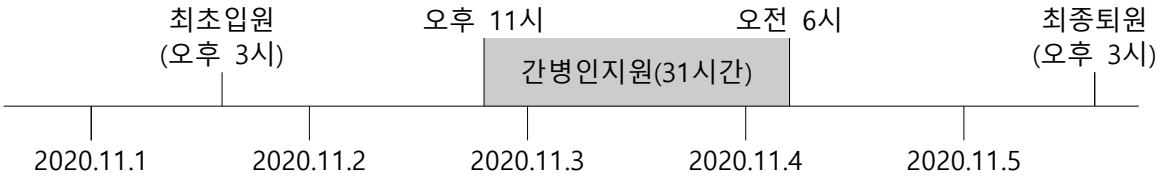
- 최초입원일시: 2020년 11월 1일 오후 3시
- 간병인 사용시간: 1일 12시간(36시간)



→ 총 입원일수: 5일(2020.11.1.~2020.11.5.)
간병인 사용일수: 2일(24시간 + 12시간)
질병입원일당 지급일수: 5일 - 2일 = 3일

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수 예시2】

- 최초입원일시: 2020년 11월 1일 오후 3시
- 간병인 사용시간: 1일 7시간(31시간)



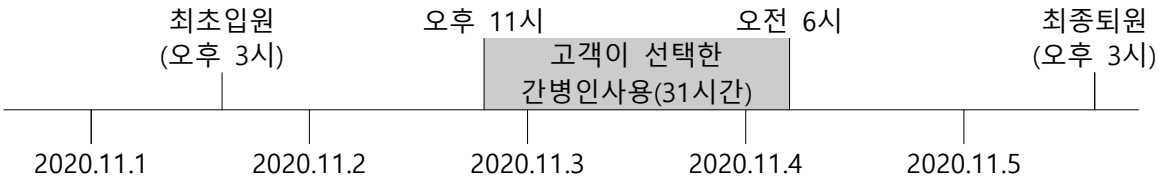
→ 총 입원일수: 5일(2020.11.1.~2020.11.5.)
간병인 사용일수: 2일(24시간 + 7시간)
질병입원일당 지급일수: 5일 - 2일 = 3일

---

③ 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수 예시3】

- 최초입원일시: 2020년 11월 1일 오후 3시
- 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용시간: 1일 7시간(31시간)



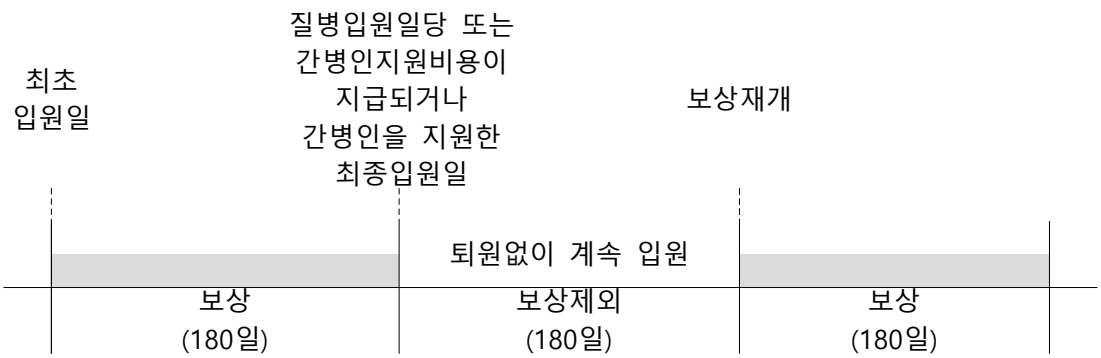
→ 총 입원일수: 5일(2020.11.1.~2020.11.5.)
간병인 사용일수: 1일(24시간 + 7시간)
질병입원일당 지급일수: 5일 - 1일 = 4일

---

④ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 간병인 또는 간병인지원비용을 보장합니다.

⑤ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도) 또는 간병인지원비용이 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(1일이상180일한도) 또는 간병인지원비용이 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도) 또는 간병인지원비용이 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금, 간병인 또는 간병인지원비용을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

② 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인 또는 간병인지원비용은 지급하지 않으며, 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금을 보장합니다.

④ 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원에서 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 간병인 지원이 허용되지 않는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인 또는 간병인지원비용은 지급하지 않으며, 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금을 보장합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정

한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용 비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인지원비용을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 전체 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 의한 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 제1-1절 보통약관일반조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

③ 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-78.
(갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '요양병원'을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용한 날에 대하여 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
질병으로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금 지급 예시】

-보험가입금액 : 2만원

예시 1) 간병인 사용일 및 금액 :

2026년 1월 10일 ~ 2026년 1월 20일, 총 110만원 소요

⇒ 총 사용일수 11일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)

2만원 × 11일 = 22만원 지급

예시 2) 간병인 사용일 및 금액 :

2026년 1월 21일 ~ 2026년 1월 24일 오전, 2026년 1월 24일 오후 ~ 1월 28일, 총 48만원 소요

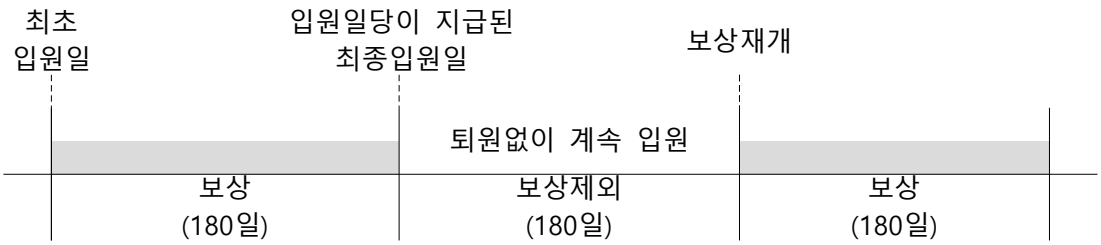
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)

2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급

③ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 '요양병원'을 제외한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금을 지급된 최

종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 '요양병원'이라 함은「의료법」제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제6조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 '간병인'이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된

자에 한합니다.

간병인의 주요업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드기준 "개인 간병 및 유사서비스업"또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법" 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병인서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 (병원 또는 의원에) 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용 계약서, 간병인사용 확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-79. (갱신형)질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속입원하여 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 간병인을 사용한 날에 대하여 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
질병으로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금 지급 예시】

-보험가입금액 : 2만원

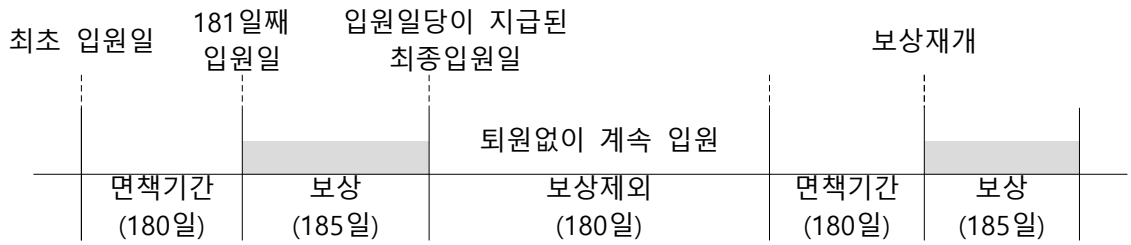
예시 1) 입원기간 및 간병인 사용일, 금액 :
2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 31일, 입원기간 중 총 간병인 사용일수 195일,
총 1560만원 소요
⇒ 1일당 평균 8만원(7만원 이상 해당)
2만원 × 15일(195일-180일) = 30만원 지급

예시 2) 입원기간 및 간병인 사용일, 금액 :
2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 31일, 입원기간 중 총 간병인 사용일수 195일,
총 1170만원 소요
⇒ 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 × 50% × 15일(195일-180일) = 15만원 지급

③ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금이 지급된 최종입원일의

그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 제5조(특정병원의 정의)의 특정병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금을 지급합니다.

⑤ 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제5조(특정병원의 정의)의 특정병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특정병원의 정의)

이 특별약관에서 '특정병원'이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제6조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 '간병인'이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

간병인의 주요업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드기준 "개인 간병 및 유사서비스업"또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법" 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병인서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 (병원 또는 의원에) 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용 계약서, 간병인사용 확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은

더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-80.
(갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '요양병원'에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 보험수익자에게 사용한 날에 대하여 간병인 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

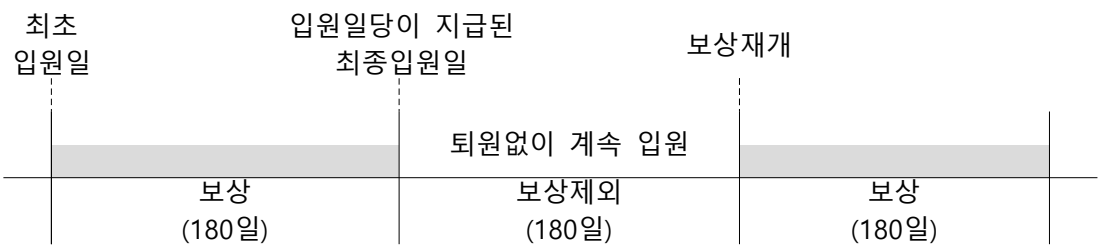
② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 요양병원에 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금을 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

④ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을

지급하지 않습니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 '요양병원'이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제6조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 '간병인'이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

간병인의 주요업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드기준 "개인 간병 및 유사서비스업"또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법" 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병인서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 간병인 사용시간, 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용 계약서, 간병인사용 확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-81.
(갱신형)질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 '간호·간병통합서비스'를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 약관에서 정한 보험가입금액을 질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

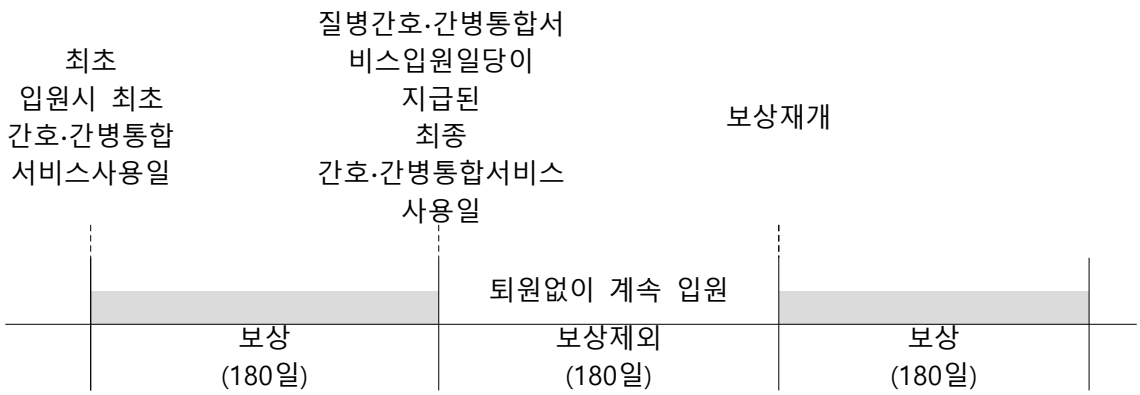
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종 간호·간병통합서비스사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 '간호·간병통합서비스'를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 '간호·간병통합서비스'를 사용하여 입원하던 중 '간호·간병통합서비스' 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 '간호·간병통합서비스' 사용 일수를 기준으로 질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

'간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 '간호·간병통합서비스'를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 '간호·간병통합서비스' 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-82. (갱신형)질병수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 질병수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술보험금은 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다. (질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
4. 단순한 피로 또는 권태
5. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
6. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여 대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험업 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병.사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다. 또한, 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다. 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은

더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-83. (갱신형)질병수술(특정경증질환제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(특정경증질환 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 질병수술(특정경증질환제외)보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술보험금은 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다. (질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
4. 단순한 피로 또는 권태
5. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
6. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여 대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험업 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병.사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정경증질병(다래끼(H00), 결막염(H10), 바이러스성결막염(B30), 귀통증 및 귀의 삼출액(H92), 외이염(H60), 티눈(L84))

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다. 또한, 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 조작을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다. 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-84. (갱신형)질병상급종합병원수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 질병상급종합병원수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술보험금은 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다. (질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
4. 단순한 피로 또는 권태
5. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
6. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여 대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험업 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병.사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다. 또한, 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 조작을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다. 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-85. (갱신형)32대질병수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 32대질병(【별표21】 참조)으로 진단확정되고 그 32대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술보험금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분		지급금액	
		최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
32대 질병	5대질병 수술 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	9대질병 수술 시		
	14대질병 수술 시		
	4대질병 수술 시		

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 32대질병(【별표21】 참조)으로 진단확정되고 그 32대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 아래의 금액을 보험수익자에게 암수술보험금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분		지급금액
32대 질병	5대질병 수술 시	보험가입금액의 100%
	9대질병 수술 시	
	14대질병 수술 시	
	4대질병 수술 시	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 32대질병수술보험금은 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다. (질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(32대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 '32대질병'이라 함은 "5대질병", "9대질병", "14대질병" 및 "4대질병"을 총칭합니다.

② 제1항의 "5대질병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류표에 있어서 5대질병으로 분류되는 질병으로 32대질병 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전, 폐질환을 말합니다.

③ 제1항의 "9대질병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류표에 있어서 제9대질병으로 분류되는 질병으로 32대질병 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 갑상선질환, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 급성췌장염, 췌장질환을 말합니다.

④ 제1항의 "14대질병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류표에 있어서 제14대질병으로 분류되는 질병으로 32대질병 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 소화계통의 양성신생물(D13), 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정 장질환, 담석증, 담낭담도질환, 안면신경장애를 말합니다.

⑤ 제1항의 "4대질병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류표에 있어서 제4대질병으로 분류되는 질병으로 32대질병 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 관절염, 생식기질환을 말합니다.

⑥ "32대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT) 뇌척수액검사 등을 기초로 하고 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "32대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-86. (갱신형)5대질환수술(관혈/비관혈)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)으로 진단확정되고, 그 '5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)의 치료를 직적적인 목적으로 "관혈수술" 또는 "비관혈수술"을 받은 경우에는 각각의 뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환에 대하여 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환) 관혈 수술 보험금	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
'5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환) 비관혈 수술 보험금	보험가입금액의 15%	보험가입금액의 30%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)으로 진단확정되고, 그 '5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)의 치료를 직적적인 목적으로 "관혈수술" 또는 "비관혈수술"을 받은 경우에는 각각의 뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환에 대하여 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환) 관혈 수술 보험금	보험가입금액의 100%
'5대질환'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환) 비관혈 수술 보험금	보험가입금액의 30%

③ 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 최초계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제4조(5대질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 '5대질환'으로 수술을 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술보험금만을 지급합니다. 다만, 해당 비관혈수술을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "연간"에 추가로 받은 경우에는 비관혈수술보험금을 지급합니다.

② 제1항의 경우, 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "연간"에 이미 관혈수술보험금이 지급된 경우에는 비관혈수술보험금을 지급하며, 해당 "연간"에 비관혈수술보험금"도 지급된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(5대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '5대질환'이라 함은 제2항에서 정한 "뇌혈관질환", "심장질환", "간질환", "신장질환", "폐질환"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 '5대질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 5대질환 분류표(【별표22】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ '5대질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 이 특별약관에서 "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하여 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "비관혈수술"이라 함은 내시경수술, 카테터(도관)수술, 신의료비관혈수술을 말합니다.

1. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료 목적의 치료행위를 말합니다. 다만, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.
2. "카테터(도관)수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해 주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.
3. "신의료비관혈수술"이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-87. (갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '알츠하이머병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 알츠하이머병진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'알츠하이머병' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '알츠하이머병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 알츠하이머병진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'알츠하이머병' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '알츠하이머병'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 알츠하이머병진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(알츠하이머병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '알츠하이머병'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 '알츠하이머병'으로 분류되는 질병으로 알츠하이머병 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '알츠하이머병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 간이정신상태검사(MMSE), 뇌파검사(EEG), 자기공명영상(MRI), 단일광자방출단층촬영(SPECT), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '알츠하이머병'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-88. (갱신형)파킨슨병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '파킨슨병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 파킨슨병진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
"파킨슨병" 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '파킨슨병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 파킨슨병진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
"파킨슨병" 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '파킨슨병'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 파킨슨병진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(파킨슨병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '파킨슨병'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 '파킨슨병'으로 분류되는 질병으로 파킨슨병 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '파킨슨병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 도파민-단일광자방출단층촬영(SPECT), 파킨슨병의 평가도구(UPDRS), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 "파킨슨병"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-89. (갱신형)대상포진진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '대상포진'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 대상포진진단금으로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '대상포진'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '대상포진'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 '대상포진'으로 분류되는 질병으로 대상포진 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '대상포진'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-90. (갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '대상포진눈병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 대상포진눈병진단금으로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '대상포진눈병'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진눈병진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(대상포진눈병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '대상포진눈병'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 '대상포진눈병'으로 분류되는 질병으로 대상포진눈병 분류표(【별표26】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '대상포진눈병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-91. (갱신형)통풍진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '통풍'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통풍진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'통풍' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '통풍'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 통풍진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'통풍' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '통풍'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 통풍진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '통풍'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 '통풍'으로 분류되는 질병으로 통풍 분류표(【별표27】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 통풍의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '통풍'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-92. (갱신형)루게릭병진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '루게릭병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 루게릭병진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'루게릭병' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '루게릭병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 루게릭병진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'루게릭병' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '루게릭병'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 루게릭병진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(루게릭병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '루게릭병'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 '루게릭병'으로 분류되는 질병으로 루게릭병 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '루게릭병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 혈액검사, 뇌척수액검사(CSF), 근조직생검사(Muscle Biopsy), 근전도검사(EMG), 경부 X-선 검사, 자기공명영상(MRI), 척수조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 '루게릭병'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-93. (갱신형)말기간경화진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '말기간경화'로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 말기간경화진단금으로 지급하여 드립니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'말기간경화' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '말기간경화'로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 말기간경화진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'말기간경화' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '말기간경화'로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기간경화진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(말기간경화의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '말기간경화'라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 간기능 평가등급 Child-Pugh 분류법에 의해 C(10~15점)에 해당 되는 경우를 말합니다. 통제가 불가능한 복수증, 영구적인 황달, 위나 식도벽의 정맥류, 간성 뇌증 중 한 가지 이상의 원인이 됩니다.

② 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

③ '말기간경화'의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다.)에 의하려 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan)등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 '말기간경화'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고

인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-94. (갱신형)말기신부전증진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '말기신부전증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 말기신부전증진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'말기신부전증' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '말기신부전증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 말기신부전증진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'말기신부전증' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '말기신부전증'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기신부전증진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '말기신부전증'이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 "만성 신장병(N18)"에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② '말기신부전증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진

자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 '말기신부전증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

④ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-95. (갱신형)말기폐질환진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '말기폐질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 말기폐질환진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'말기폐질환' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '말기폐질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 말기폐질환진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'말기폐질환' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '말기폐질환'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기폐질환진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(말기폐질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '말기폐질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 말기폐질환 분류표(【별표29】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 이 특별약관에서 '말기폐질환'아라 함은 제1항에 포함되고 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 두 가지 특징을 모두 보이는 경우를 말합니다. 다만, 피보험자가 사망하여 아래 2호의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 그와 동일한 상태로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할

수 있습니다.

1. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
2. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

③ '말기폐질환'의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 '말기폐질환'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1-96. (갱신형)양성뇌종양진단금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 양성뇌종양진단금으로 지급합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
'양성뇌종양' 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우 피보험자가 '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 양성뇌종양진단금으로 지급합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
'양성뇌종양' 진단시	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '양성뇌종양'으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 "사망"의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(양성뇌종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '양성뇌종양'으로 분류되는 질병은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 양성뇌종양 분류표(【별표30】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌종양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외됩니다. 제10차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② '양성뇌종양'의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다) 중 신경과, 신경외과 또는 병리과 전문의 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영

(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 '양성뇌종양'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2. 상해 관련 특별약관

2-1. (갱신형)상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 사망하였을 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 상해사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-2. (갱신형)일반상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 장해지급률을 곱한 금액을 보험수익자에게 일반상해후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 일반상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 일반상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 일반상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 일반상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 일반상해후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【일반상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 일반상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 일반상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-3. (갱신형)일반상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해50%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 일반상해50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 일반상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 일반상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 일반상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【일반상해50%이상후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 일반상해50%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 상해로 장해의 분류 상 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때(지급률 20%) 에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 상해 사고로 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 60%)가 된 경우에는 장해지급률 60%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 20%를 차감한 40%에 해당되기 때문에 일반상해50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은

소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-4. (갱신형)교통상해사망(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 교통상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-5. (갱신형)교통상해사망(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 교통상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-6. (갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 장해지급률을 곱한 금액을 보험수익자에게 교통상해후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 교통상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【교통상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 교통상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-7. (갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 장해지급률을 곱한 금액을 보험수익자에게 교통상해후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 교통상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장

해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【교통상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 교통상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-8. (갱신형)교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 교통상해50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 교통사고로 장해의 분류 상 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때(지급률 20%) 에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 교통상해 사고로 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 60%)가 된 경우에는 장해지급률 60%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 20%를 차감한 40%에 해당되기 때문에 교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-9. (갱신형)교통상해50%이상후유장해(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해50%이상후유장해(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 교통상해50%이상후유장해(비운전자)보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장

해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【교통상해50%이상후유장해(비운전자)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 교통상해50%이상후유장해(비운전자)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 교통사고로 장해의 분류 상 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때(지급률 20%) 에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 교통상해 사고로 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 60%)가 된 경우에는 장해지급률 60%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 20%를 차감한 40%에 해당되기 때문에 교통상해50%이상후유장해(비운전자)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-10. (갱신형)운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하전 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차 운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 운전중교통상해50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 교통사고로 장해의 분류 상 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때(지급률 20%) 에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 교통상해 사고로 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 60%)가 된 경우에는 장해지급률 60%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 20%를 차감한 40%에 해당되기 때문에 운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-11. (갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우: 신주말교통상해사망보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 신주말교통상해후유장해보험금(장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제1항의 "신주말"이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날을 말합니다.

⑥ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정

및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 신주말교통상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 신주말교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 신주말교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 신주말교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 신주말교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 신주말교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 신주말교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 신주말교통상해후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【신주말교통상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 신주말교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 신주말교통상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 신주말교통상해사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 신주말교통상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제 1호에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-12. (갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우: 신주말교통상해사망보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 비운전 중 교통상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 신주말교통상해후유장해보험금(장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제1항의 "신주말"이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 신주말교통상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 신주말교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 신주말교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 신주말교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 신주말교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 신주말교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 신주말교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 신주말교통상해후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【신주말교통상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 신주말교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 신주말교통상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 신주말교통상해사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 신주말교통상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-13. (갱신형)대중교통이용중교통상해사망후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통 이용 중에 급격하고도 우연한 교통사고로 인해 상해의 직접결과로써 사망한 경우: 대중교통이용중교통상해사망보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 이 특별약관의 보험기간 중 대중교통 이용 중에 급격하고도 우연한 교통사고로 인해 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 대중교통이용중교통상해후유장해보험금(장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항의 "대중교통"이라 함은 아래와 같습니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철, 전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)의 일반택시, 개인택시(렌터카 제외)
5. 여객수송용 선박

③ 제1항의 "대중교통 이용중 교통사고"라 함은 아래와 같습니다.

1. 운행 중인 대중교통수단에 피보험자가 탑승중(운전을 제외) 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 교통사고

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별

등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 대중교통이용중교통상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 대중교통이용중교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 대중교통이용중교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 대중교통이용중교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 대중교통이용중교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 대중교통이용중교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 대중교통이용중교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 대중교통이용중교통상해후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【대중교통이용중교통상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 대중교통이용중교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 대중교통이용중교통상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 대중교통이용중교통상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이

없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-14. (갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자가용자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 뺑소니사고 또는 무보험차에 의한 사고로 신체에 입은 상해로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 "뺑소니사고"라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 "무보험차에 의한 사고"라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상Ⅰ(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보상받지 못하는 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교

통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해(자가용)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해(자가용)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 상해로 장해의 분류 상 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때(지급률 20%) 에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 상해 사고로 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 60%)가 된 경우에는 장해지급률 60%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 20%를 차감한 40%에 해당되기 때문에 운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해(자가용)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-15. (갱신형)뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뺑소니사고 또는 무보험차에 의한 사고로 신체에 입은 상해로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "뺑소니사고"라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 "무보험차에 의한 사고"라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상Ⅰ(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보상받지 못하는 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 일반상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 일반상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 일반상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 상해로 장해의 분류 상 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때(지급률 20%) 에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 상해 사고로 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 60%)가 된 경우에는 장해지급률 60%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 20%를 차감한 40%에 해당되기 때문에 뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-16. (갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자가용자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 뺑소니사고 또는 무보험차에 의한 사고로 신체에 입은 상해로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 "뺑소니사고"라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 "무보험차에 의한 사고"라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상Ⅰ(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보상받지 못하는 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교

통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해(자가용)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해(자가용)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 상해로 장해의 분류 상 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때(지급률 5%)에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 상해 사고로 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 80%)가 된 경우에는 장해지급률 80%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 5%를 차감한 75%에 해당되기 때문에 운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해(자가용)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-17. (갱신형)뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뺑소니사고 또는 무보험차에 의한 사고로 신체에 입은 상해로 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "뺑소니사고"라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 "무보험차에 의한 사고"라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상Ⅰ(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보상받지 못하는 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 일반상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 일반상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 일반상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 일반상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 일반상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 일반상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 상해로 장해의 분류 상 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때(지급률 5%)에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 상해 사고로 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 80%)가 된 경우에는 장해지급률 80%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 5%를 차감한 75%에 해당되기 때문에 뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-18. (갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해사망(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자가용자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 뺑소니사고 또는 무보험차에 의한 사고로 신체에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 운전중뺑소니무보험차교통상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 "뺑소니사고"라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 "무보험차에 의한 사고"라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상Ⅰ(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보상받지 못하는 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해

4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-19. (갱신형)뺑소니무보험차일반상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뺑소니사고 또는 무보험차에 의한 사고로 신체에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 뺑소니무보험차일반상해사망보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "뺑소니사고"라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰서에 뺑소니사고로 신고되어 자동차손해배상보장법상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 "무보험차에 의한 사고"라 함은 피보험자가 자동차손해배상보장법상의 대인배상Ⅰ(책임보험)을 제외한 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보상받지 못하는 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-20. (갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관

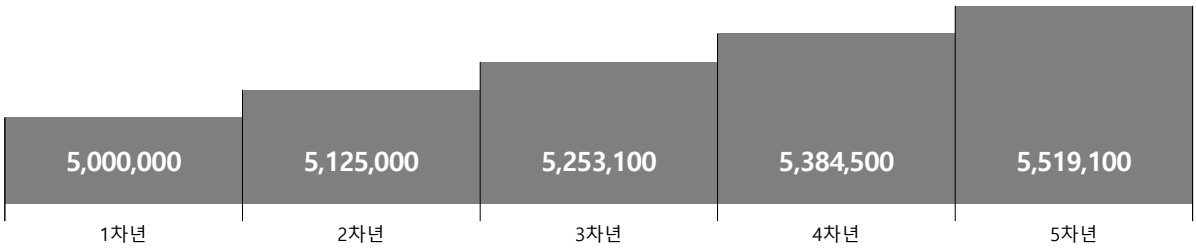
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5년간 매월 사고발생 해당일에 보험수익자에게 교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금"이란 지급사유 발생해당일로부터 보험가입금액을 매년 2.5% 연복리로 체증한 금액을 말합니다.

【교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용)】 보상예시

기준보험가입금액 500만원



구분	보험가입금액 500만원
1차년	매월 5,000,000원
2차년	매월 5,125,000원
3차년	매월 5,253,100원
4차년	매월 5,384,500원
5차년	매월 5,519,100원

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 해당월의 사고발생 해당일이 없는 경우 해당 월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

【매월 사고발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 일을 말합니다. 다만, 해당일이 없는 경우 아래 예시와 같이 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

예시) 사고발생일: 2014년 1월 31일 => 2월 중 사고발생해당일: 2월 말일

⑤ 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

⑥ 제5항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑦ 제5항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제6항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑧ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간 중에 다음 중 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약

자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-21.
(갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관

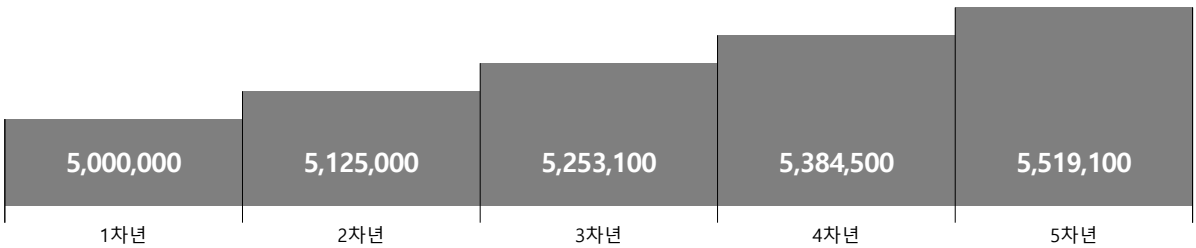
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 5년간 매월 사고발생 해당일에 보험수익자에게 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금"이란 지급사유 발생해당일로부터 보험가입금액을 매년 2.5% 연복리로 체증한 금액을 말합니다.

【교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)】 보상예시

기준보험가입금액 500만원



구분	보험가입금액 500만원
1차년	매월 5,000,000원
2차년	매월 5,125,000원
3차년	매월 5,253,100원
4차년	매월 5,384,500원
5차년	매월 5,519,100원

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 해당월의 사고발생 해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

【매월 사고발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 일을 말합니다. 다만, 해당일이 없는 경우 아래 예시와 같이 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

예시) 사고발생일: 2014년 1월 31일 ⇒ 2월 중 사고발생해당일: 2월 말일

⑤ 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

⑥ 제5항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자

동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑦ 제5항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제6항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑧ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 교통상해로 장해의 분류 상 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때(지급률 5%)에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 교통상해 사고로 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 80%)가 된 경우에는 장해지급률 80%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 5%를 차감한 75%에 해당되기 때문에 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-22. (갱신형)운전중교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관

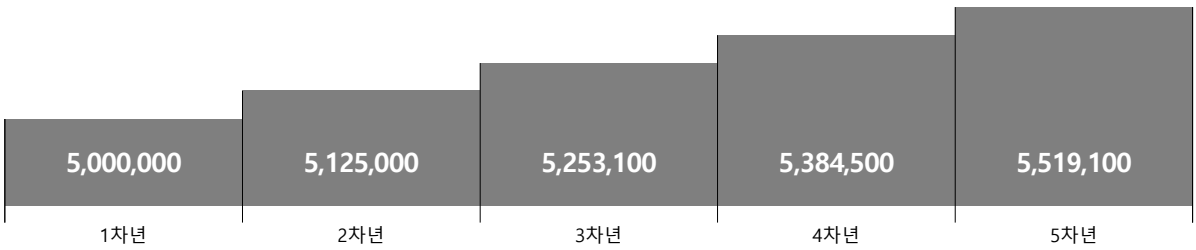
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차 운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5년간 매월 사고발생 해당일에 보험수익자에게 운전중교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "운전중교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금"이란 지급사유 발생해당일로부터 보험가입금액을 매년 2.5% 연복리로 체증한 금액을 말합니다.

【운전중교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용)】 보상예시

기준보험가입금액 500만원



구분	보험가입금액 500만원
1차년	매월 5,000,000원
2차년	매월 5,125,000원
3차년	매월 5,253,100원
4차년	매월 5,384,500원
5차년	매월 5,519,100원

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 해당월의 사고발생 해당일이 없는 경우 해당 월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

【매월 사고발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 일을 말합니다. 다만, 해당일이 없는 경우 아래 예시와 같이 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

예시) 사고발생일: 2014년 1월 31일 => 2월 중 사고발생해당일: 2월 말일

⑤ 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑥ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간 중에 다음 중 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.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-23. (갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관

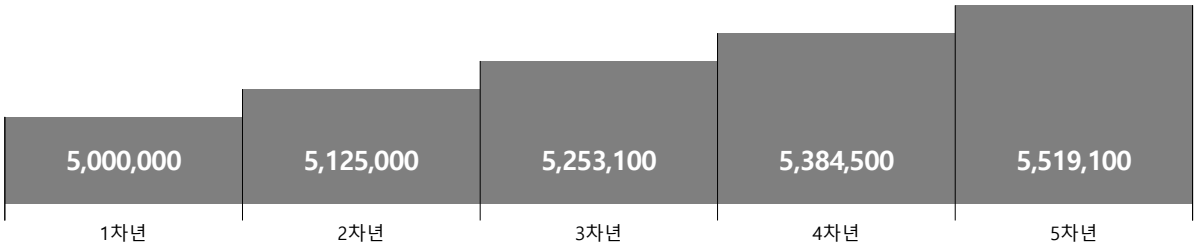
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5년간 매월 사고발생 해당일에 보험수익자에게 교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금"이란 지급사유 발생해당일로부터 보험가입금액을 매년 2.5% 연복리로 체증한 금액을 말합니다.

【교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(비운전자)】 보상예시

기준보험가입금액 500만원



구분	보험가입금액 500만원
1차년	매월 5,000,000원
2차년	매월 5,125,000원
3차년	매월 5,253,100원
4차년	매월 5,384,500원
5차년	매월 5,519,100원

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 해당월의 사고발생 해당일이 없는 경우 해당 월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

【매월 사고발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 일을 말합니다. 다만, 해당일이 없는 경우 아래 예시와 같이 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

예시) 사고발생일: 2014년 1월 31일 => 2월 중 사고발생해당일: 2월 말일

⑤ 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

⑥ 제5항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑦ 제5항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제6항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간 중에 다음 중 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지

의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-24.
(갱신형)운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관

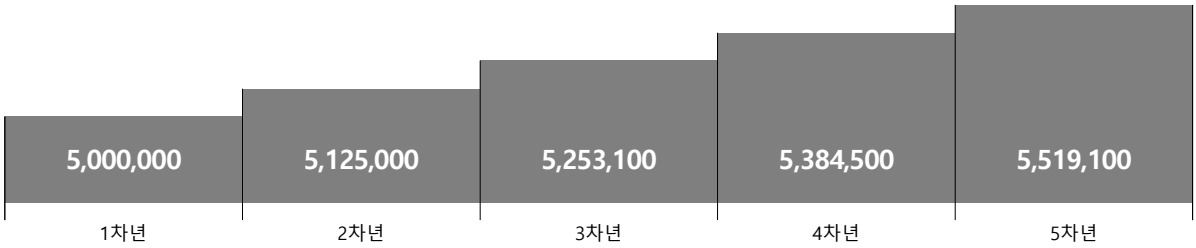
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차 운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 5년간 매월 사고발생 해당일에 보험수익자에게 운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금"이란 지급사유 발생해당일로부터 보험가입금액을 매년 2.5% 연복리로 체증한 금액을 말합니다.

【운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)】 보상예시

기준보험가입금액 500만원



구분	보험가입금액 500만원
1차년	매월 5,000,000원
2차년	매월 5,125,000원
3차년	매월 5,253,100원
4차년	매월 5,384,500원
5차년	매월 5,519,100원

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 해당월의 사고발생 해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

【매월 사고발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 일을 말합니다. 다만, 해당일이 없는 경우 아래 예시와 같이 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

예시) 사고발생일: 2014년 1월 31일 => 2월 중 사고발생해당일: 2월 말일

⑤ 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑥ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 교통상해로 장해의 분류 상 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때(지급률 5%)에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 교통상해 사고로 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 80%)가 된 경우에는 장해지급률 80%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 5%를 차감한 75%에 해당되기 때문에 운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-25.
(갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관

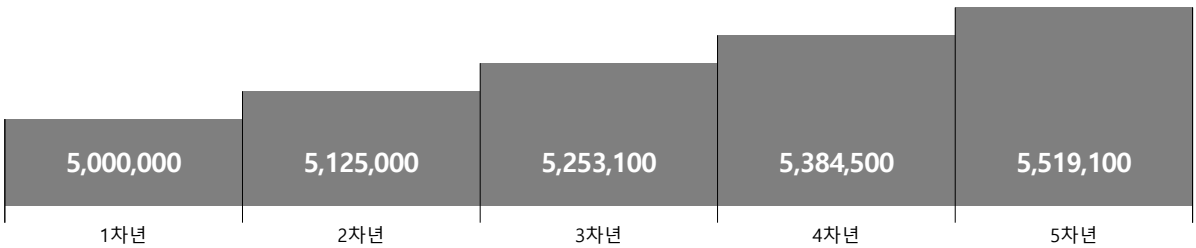
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 5년간 매월 사고발생 해당일에 보험수익자에게 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금"이란 지급사유 발생해당일로부터 보험가입금액을 매년 2.5% 연복리로 체증한 금액을 말합니다.

【교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자)】 보상예시

기준보험가입금액 500만원



구분	보험가입금액 500만원
1차년	매월 5,000,000원
2차년	매월 5,125,000원
3차년	매월 5,253,100원
4차년	매월 5,384,500원
5차년	매월 5,519,100원

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에 회사는 "평균공시이율을 반영하여 할인한 금액"과 "적용이율을 반영하여 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 해당월의 사고발생 해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

【매월 사고발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 일을 말합니다. 다만, 해당일이 없는 경우 아래 예시와 같이 해당월의 말일을 사고발생 해당일로 합니다.

예시) 사고발생일: 2014년 1월 31일 ⇒ 2월 중 사고발생해당일: 2월 말일

⑤ 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

⑥ 제5항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조

(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑦ 제5항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제6항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 교통상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 교통상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 교통상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 교통상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 교통상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 교통상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 보장개시 이전의 교통상해로 장해의 분류 상 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때(지급률 5%)에 해당되는 피보험자가 보장 개시 이후에 다른 교통상해 사고로 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때(지급률 80%)가 된 경우에는 장해지급률 80%에서 보장 개시 이전의 장해지급률 5%를 차감한 75%에 해당되기 때문에 교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자)보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-26. (갱신형)자동차사고부상(1~14급)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급 별 아래의 지급금액을 보험수익자에게 자동차사고부상(1~14급)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

상해급수	등급별 지급금액	지급금액	상해급수	등급별 지급금액	지급금액
1급	보험가입금액의 100%	1,000만원	6급	보험가입금액의 8%	80만원
2급	보험가입금액의 60%	600만원	7급	보험가입금액의 4%	40만원
3급	보험가입금액의 40%	400만원	8급~11급	보험가입금액의 2%	20만원
4급	보험가입금액의 30%	300만원	12급~14급	보험가입금액의 1%	10만원
5급	보험가입금액의 16%	160만원			

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서

가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차 보험의 보상처리확인서
나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등)
2) 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나목 2)의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-27. (갱신형)자동차사고부상(1~11급)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급 별 아래의 지급금액을 보험수익자에게 자동차사고부상(1~11급)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

상해급수	등급별 지급금액	지급금액	상해급수	등급별 지급금액	지급금액
1급	보험가입금액의 100%	1,000만원	5급	보험가입금액의 16%	160만원
2급	보험가입금액의 60%	600만원	6급	보험가입금액의 8%	80만원
3급	보험가입금액의 40%	400만원	7급	보험가입금액의 4%	40만원
4급	보험가입금액의 30%	300만원	8급~11급	보험가입금액의 2%	20만원

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차 보험의 보상처리확인서

나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우

1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등)

2) 진단서

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나목 2)의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-28. (갱신형)자동차사고부상(1~3급)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급중 1~3급을 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 자동차사고부상(1~3급)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차 보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등)
      2) 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나목 2)의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-29. (갱신형)자동차사고부상(1~14급)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급 별 아래의 지급금액을 보험수익자에게 자동차사고부상(1~14급)(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

상해급수	등급별 지급금액	지급금액	상해급수	등급별 지급금액	지급금액
1급	보험가입금액의 100%	1,000만원	6급	보험가입금액의 8%	80만원
2급	보험가입금액의 60%	600만원	7급	보험가입금액의 4%	40만원
3급	보험가입금액의 40%	400만원	8급~11급	보험가입금액의 2%	20만원
4급	보험가입금액의 30%	300만원	12급~14급	보험가입금액의 1%	10만원
5급	보험가입금액의 16%	160만원			

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차 보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견

적서, 차량피해사진 등)
2) 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나목 2)의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-30. (갱신형)자동차사고부상(1~11급)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급을 받은 경우 부상등급 별 아래의 지급금액을 보험수익자에게 자동차사고부상(1~11급)(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

상해급수	등급별 지급금액	지급금액	상해급수	등급별 지급금액	지급금액
1급	보험가입금액의 100%	1,000만원	5급	보험가입금액의 16%	160만원
2급	보험가입금액의 60%	600만원	6급	보험가입금액의 8%	80만원
3급	보험가입금액의 40%	400만원	7급	보험가입금액의 4%	40만원
4급	보험가입금액의 30%	300만원	8급~11급	보험가입금액의 2%	20만원

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차 보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등)

2) 진단서

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나목 2)의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-31. (갱신형)자동차사고부상(1~3급)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급 중 1~3급을 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 자동차사고부상(1~3급)(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차 보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등)
      2) 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나목 2)의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-32. (갱신형)단지내상해사망후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 단지내에서 급격하고도 우연한 사고로 신체에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 단지내상해사망보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 단지내에서 급격하고도 우연한 사고로 신체에 발생한 상해의 직접적인 결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우: 단지내상해후유장해보험금(장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서 "단지내"라 함은 10세대 이상이 거주하는 해당 공동주택의 관리사무소가 관할하는 구역 내를 말합니다. 그러나 관리사무소가 없는 공동주택은 공동주택명을 기준으로 하여 공동으로 사용하거나 소유하는 대지를 경계로 하여 그 안쪽을 말합니다.

③ 제2항에서 "공동주택"이라 함은 아래의 조건을 충족하여야 합니다.

1. 건축법시행령 별표1 제2호 가목 내지 다목(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거하여 대지, 벽, 복도, 계단 및 설비 등의 전부 또는 일부를 공동으로 사용하는 각 세대가 하나의 건축물 안에서 각각 독립된 주거생활을 영위할 수 있는 구조로 된 주택
2. 공동주택은 연립주택 및 아파트로 구분되며, 연립주택은 4층 이하의, 아파트는 5층 이상의 공동주택을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 단지내상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 단지내상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 단지내상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 단지내상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 단지내상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 단지내상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 단지내상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 단지내상해후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【단지내상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 단지내상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 단지내상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 단지내상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-33. (갱신형)붕괴침강및사태상해사망후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 붕괴침강및사태상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 붕괴침강및사태상해사망보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 붕괴침강및사태상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우: 붕괴침강및사태상해후유장해보험금(장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

【붕괴】

붕괴란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것을 말합니다. 단, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 않습니다.

【침강】

침강이란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 내려앉는 것을 의미합니다.

【사태】

사태란 비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미합니다.

② 제1항에서 "붕괴침강및사태상해"라 함은 피보험자가 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함합니다)의 붕괴, 침강 또는 사태사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년

미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 붕괴침강및사태상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 붕괴침강및사태상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 붕괴침강및사태상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 붕괴침강및사태상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 붕괴침강및사태상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 붕괴침강및사태상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 붕괴침강및사태상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 붕괴침강및사태상해후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【붕괴침강및사태상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 붕괴침강및사태상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 붕괴침강및사태상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 붕괴침강및사태상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-34. (갱신형)추락사고상해사망후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 추락사고로 신체에 발생한 상해(이하 "추락사고상해"라 함)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 추락사고상해사망보험금(보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 추락사고로 신체에 발생한 상해의 직접적인 결과로써 장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우: 추락사고상해후유장해보험금(장해분류표(【별표2】 참조)에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

② 제1항에서 "추락사고상해"라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 정한 불의의 손상의 기타 외인 중 낙상(W00~W19)(이하 "추락사고"라 합니다. 낙상분류표(【별표32】 참조))을 말합니다. 다만, 익사사고를 동반한 추락사고는 추락사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"에는 보험기간 중에 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.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

② 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 "사망"의 원인 및 "사망보험금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표(【별표2】 참조)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(【별표2】 참조)의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 추락사고상해후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따

릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 추락사고상해후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 추락사고상해후유장해보험금에서 이미 지급받은 추락사고상해후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(【별표2】 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 추락사고상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 추락사고상해후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 추락사고상해후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 추락사고상해후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【추락사고상해후유장해보험금의 지급과 관련된 예시】

이 특별약관에서 추락사고상해후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았던 장해: 질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 추락사고상해후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 화재로 인한 추락사고
3. 추락사고 중 익사사고
4. 피보험자가 교통승용구에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 교통승용구(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 교통승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 인한 추락사고

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 추락사고상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제

1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-35. (갱신형)일반상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.
③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제

1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-36. (갱신형)일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 '종합병원'에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수 및 지급한도는 '종합병원'에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

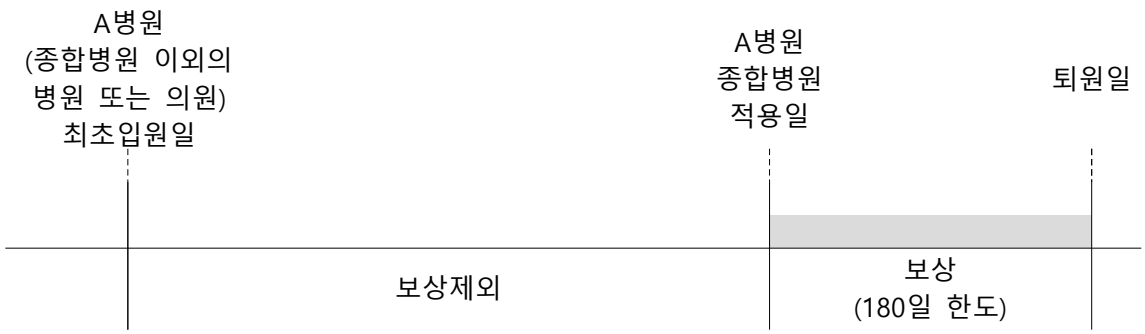
③ 피보험자가 다른 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 지급합니다.

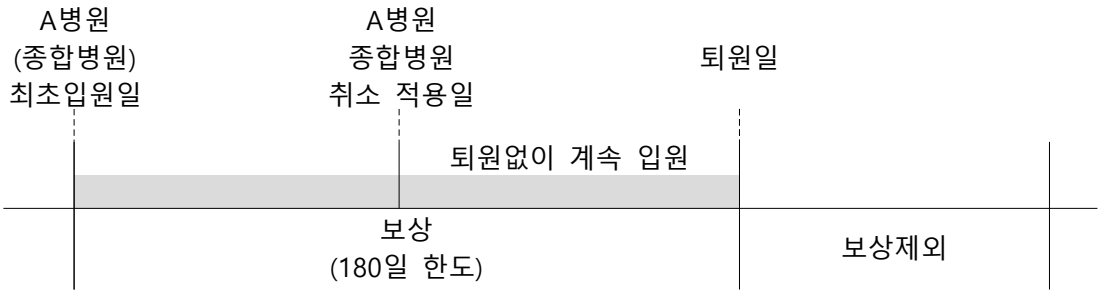
⑥ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 '종합병원'에 해당하게 된 경우 '종합병원' 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원입원 중 종합병원으로 지정된 경우 보상 예시】



⑦ 피보험자가 '종합병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 '종합병원' 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보상 예시】



⑧ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-37. (갱신형)일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "중환자실"이라 함은 의료법 시행규칙 [별표4]단서(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수 및 지급한도는 중환자실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 보상하여 드립니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-38. (갱신형)일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접적인 결과로써 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다.

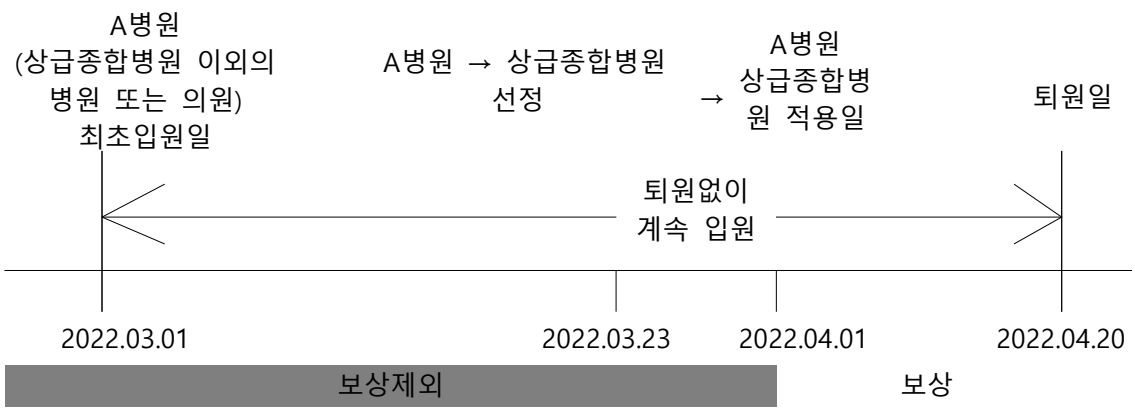
④ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 별지 제5호 서식의 상급종합병원지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

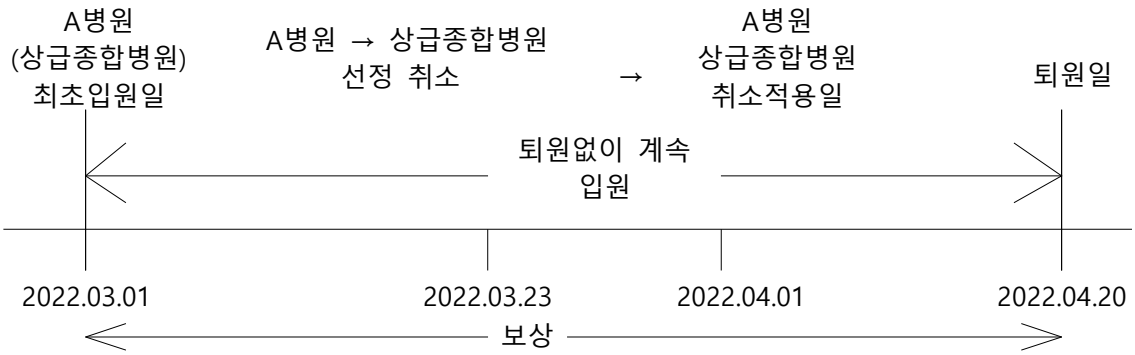
【일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)】【보상기간 예시】



⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따

라 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다.

【일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)】【보상기간 예시】



⑨ 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-39. (갱신형)상해간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원을 신청하였음에도 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대한 간병인 사용비용이 발생하였을 때 보험수익자에게 제4항에서 정한 간병인지원비용을 지급합니다.

③ 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다.

【간병인의 주요 업무】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

④ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑤ 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인지원비용을 지급하지 않고 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

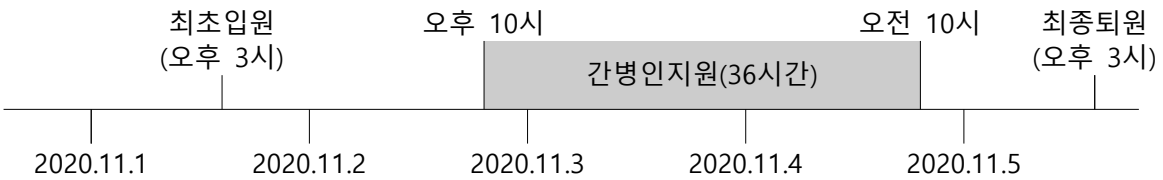
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수와 간병인의 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수 예시1】

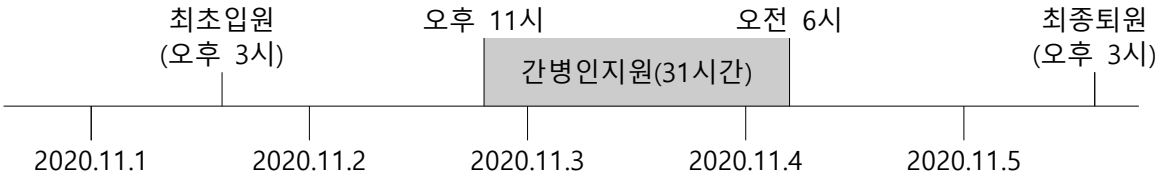
- 최초입원일시: 2020년 11월 1일 오후 3시
- 간병인 사용시간: 1일 12시간(36시간)



→ 총 입원일수: 5일(2020.11.1.~2020.11.5.)
간병인 사용일수: 2일(24시간 + 12시간)
상해입원일당 지급일수: 5일 - 2일 = 3일

【상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수 예시2】

- 최초입원일시: 2020년 11월 1일 오후 3시
- 간병인 사용시간: 1일 7시간(31시간)



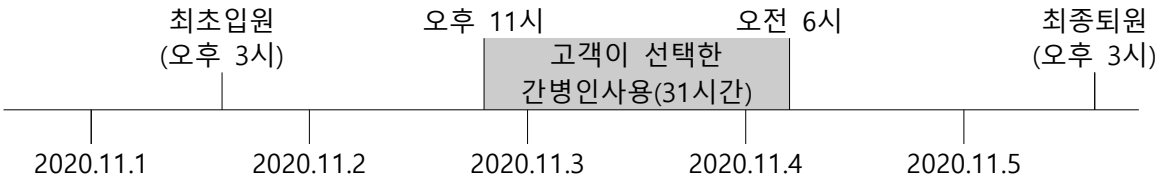
→ 총 입원일수: 5일(2020.11.1.~2020.11.5.)
간병인 사용일수: 2일(24시간 + 7시간)
상해입원일당 지급일수: 5일 - 2일 = 3일

---

③ 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

【상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수 예시3】

- 최초입원일시: 2020년 11월 1일 오후 3시
- 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용시간: 1일 7시간(31시간)



→ 총 입원일수: 5일(2020.11.1.~2020.11.5.)
간병인 사용일수: 1일(24시간 + 7시간)
상해입원일당 지급일수: 5일 - 1일 = 4일

---

④ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 간병인 또는 간병인지원비용을 보장합니다.

⑤ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금, 간병인 또는 간병인지원비용을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인 또는 간병인지원비용은 지급하지 않으며, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금을 보장합니다.

④ 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원에서 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 간병인 지원이 허용되지 않는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인 또는 간병인지원비용은 지급하지 않으며, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금을 보장합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인지원비용을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 전체 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 의한 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 제1-1절 보통약관일반조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 일반상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

③ 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-40.
(갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 '요양병원'을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
상해로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 "간호·간병통합서비스"를 사용하는 경우에는 상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금 지급 예시】

-보험가입금액 : 2만원

예시 1) 간병인 사용일 및 금액 :

2026년 1월 10일 ~ 2026년 1월 20일, 총 110만원 소요

⇒ 총 사용일수 11일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)

2만원 × 11일 = 22만원 지급

예시 2) 간병인 사용일 및 금액 :

2026년 1월 21일 ~ 2026년 1월 24일 오전, 2026년 1월 24일 오후 ~ 1월 28일, 총 48만원 소요

⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)

2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급

③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 '요양병원'을 제외한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해간병

인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 '요양병원'이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 '간병인'이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

간병인의 주요업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드기준 "개인 간병 및 유사서비스업"또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법" 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다. 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

③ 제1항에서 "간병인서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 (병원 또는 의원에) 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용 계약서, 간병인사용 확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-41. (갱신형)상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
상해로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 "간호·간병통합서비스"를 사용하는 경우에는 상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금 지급 예시】

-보험가입금액 : 2만원

예시 1) 입원기간 및 간병인 사용일, 금액 :
2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 31일, 입원기간 중 총 간병인 사용일수 195일,
총 1560만원 소요
⇒ 1일당 평균 8만원(7만원 이상 해당)
2만원 × 15일(195일-180일) = 30만원 지급

예시 2) 입원기간 및 간병인 사용일, 금액 :
2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 31일, 입원기간 중 총 간병인 사용일수 195일,
총 1170만원 소요
⇒ 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 × 50% × 15일(195일-180일) = 15만원 지급

③ 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

④ 제4조(특정병원의 정의)의 특정병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금을 지급합니다.

⑤ 병원(특정병원제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제4조(특정병원

의 정의)의 특정병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특정병원의 정의)

이 특별약관에서 '특정병원'이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 '간병인'이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

간병인의 주요업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드기준 "개인 간병 및 유사서비스업"또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법" 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다. 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상)보험금으로 지급합니다.

③ 제1항에서 "간병인서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 (병원 또는 의원에) 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용 계약서, 간병인사용 확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-42.
(갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 '요양병원'에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 "간호·간병통합서비스"를 사용하는 경우에는 상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 요양병원에 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

④ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 '요양병원'이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제5조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 '간병인'이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

간병인의 주요업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드기준 "개인 간병 및 유사서비스업"또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법" 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다. 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)보험금으로 지급합니다.

③ 제1항에서 "간병인서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용 계약서, 간병인사용 확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-43.
(갱신형)상해간호 · 간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 '간호·간병통합서비스'를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 약관에서 정한 보험가입금액을 상해간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 상해간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 보상하여 드립니다.
④ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 '간호·간병통합서비스'를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해간호·간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)
'간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 '간호·간병통합서비스'를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 '간호·간병통합서비스' 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-44. (갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항

2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-45. (갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해

3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-46. (갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 '종합병원'에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금의 지급일수 및 지급한도는 '종합병원'에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 다른 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

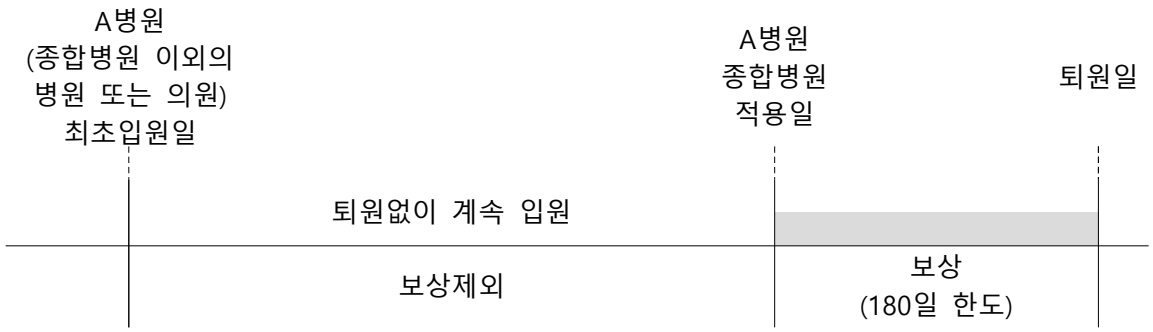
④ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 의료법 제

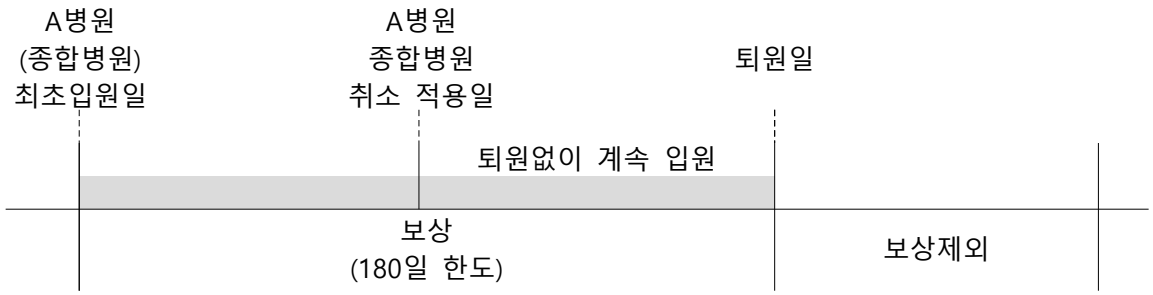
3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원에 해당하게 된 경우에는 '종합병원' 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금으로 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장 예시】



⑦ 피보험자가 '종합병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 '종합병원' 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금으로 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장 예시】



⑨ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금을 계속 지급하여 드립니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(종합병원의 정의)
이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-47. (갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 '종합병원'에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금의 지급일수 및 지급한도는 '종합병원'에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

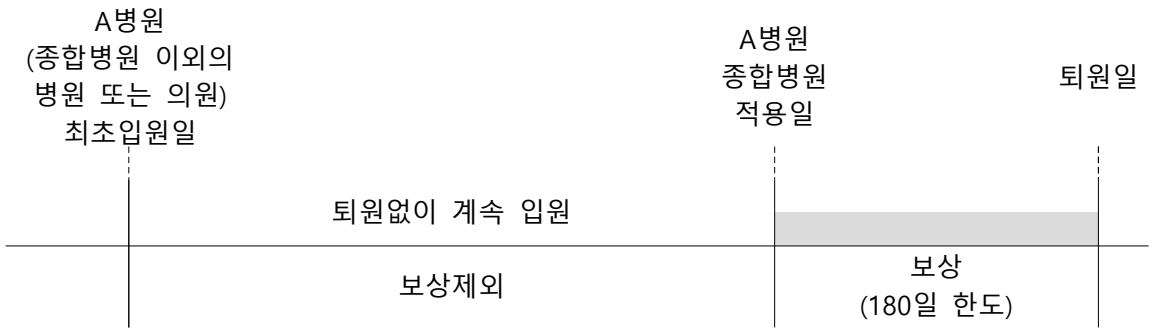
③ 피보험자가 다른 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금을 지급합니다.

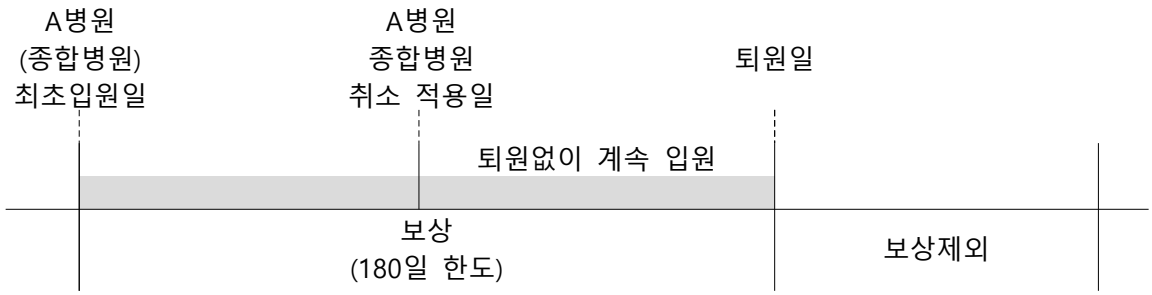
⑥ 피보험자가 '종합병원' 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 '종합병원'에 해당하게 된 경우에는 '종합병원' 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금으로 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장 예시】



⑦ 피보험자가 '종합병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금으로 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장 예시】



⑧ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금을 계속 지급하여 드립니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니

다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-48. (갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제1항의 "신주말"이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날을 말합니다.

⑥ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-49. (갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 신주말에 비운전 중 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 비운전 중 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며 이하 "비운전 중 교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 "비운전 중 교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제1항의 "신주말"이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 또는 근로자의 날을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-50. (갱신형)일반상해수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험업 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-51. (갱신형)일반상해상급종합병원수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해상급종합병원수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험업 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-52. (갱신형)골절진단의료비용(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)진단지급률표(【별표33】 참조)에서 정한 골절(치아파절제외)로 진단확정된 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액에 골절(치아파절제외)진단지급률표(【별표33】 참조)에서 정한 지급률을 곱하여 산출된 금액을 골절진단의료비용(치아파절제외)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단의료비용(치아파절제외)은 매 사고마다 지급합니다.

② 동일사고에 의해 2종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 그 각각에 대하여 그 합계액을 지급합니다. 다만, 이 경우 회사가 지급하여야 할 각각의 보험금 합계액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 골절(치아파절제외)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-53. (갱신형)일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표34】 참조)에서 정한 골절(치아파절제외)로 진단확정된 때에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해골절진단(치아파절제외)보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 지급합니다.

② 골절(치아파절제외)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-54. (갱신형)일반상해골절수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 골절분류표(【별표35】 참조)에서 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해골절수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-55. (갱신형)5대골절진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 5대골절분류표(【별표36】 참조)에서 정한 골절로 진단확정된 때에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 5대골절진단보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 지급합니다.

② 5대골절의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-56. (갱신형)5대골절수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 5대골절분류표(【별표36】 참조)에서 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 5대골절수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 5대골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-57. (갱신형)교통상해5대골절진단(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 5대골절분류표(【별표36】 참조)에서 정한 골절로 진단확정된 때에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 교통상해5대골절진단보험금으로 지급합니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 교통사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 지급합니다.

② 5대골절의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-58. (갱신형)교통상해5대골절수술(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 교통사고로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하 "교통상해"라 합니다)의 직접결과로써 5대골절분류표(【별표36】 참조)에서 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 교통상해5대골절수술보험금으로 지급합니다.

② 제1항에서 "교통사고"라 함은 아래의 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 상태에서 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제2항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 "기타 교통수단"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계(단, 제3항에서 정한 건설기계를 제외합니다) 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 교통사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 교통상해5대골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)

7. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제

1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-59. (갱신형)중증화상및부식진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 "중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 중증화상및부식진단보험금으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(중증 화상 및 부식의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'이라 함은 "9의 법칙(Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)"에 의해 측정된 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② '중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 '중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 보장이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-60. (갱신형)일반상해화상진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표37】 참조)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해화상진단보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 "화상"이라 함은 화상분류표(【별표37】 참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

③ 화상의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-61. (갱신형)일반상해화상수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표37】 참조)에서 정한 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해화상수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 화상수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 "화상"이라 함은 화상분류표(【별표37】 참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-62. (갱신형)일반상해응급실내원비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해응급실내원비(응급)로 지급하여 드립니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 상해로 인한 "응급환자"로 응급실에 내원한 환자도 보상하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "응급실"이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

② "응급"이라 함은 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우를 말합니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

③ "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 자로 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

④ 제3항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 응급환자에 해당하지 않습니다.

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

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제3조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-63. (갱신형)일반상해흉터복원수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 등을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있음)을 받은 경우 보험수익자에게 아래의 금액을 일반상해흉터복원수술보험금으로 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 7만원)

안면부	상지·하지
수술 1cm 당 14만원	수술 1cm 당 7만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해흉터복원수술보험금은 하나의 사고에 대하여 최고 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장직경으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-64. (갱신형)중대한특정상해수술(뇌,내장손상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 사고일부터 그날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태(이하 "중대한특정상해"라 합니다)에 해당되는 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 중대한특정상해수술(뇌,내장손상)보험금으로 지급합니다.

1. 뇌손상: 두부에 가해진 충격에 의해 중대한특정상해분류표(【별표38】 참조)에 정한 뇌에 손상을 입고 그 치료를 목적으로 개두 수술을 받은 경우
2. 내장손상: 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 중대한특정상해분류표(【별표38】 참조)에 정한 내장의 기관에 기질적 손상을 입고, 그 치료를 목적으로 개흉 수술 또는 개복 수술을 받은 경우

【개두 수술】

두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

【개흉 수술】

흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉고(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

【개복 수술】

복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또는 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 인해 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 금액만을 보상합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제3항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

⑤ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-65. (갱신형)탈구염좌및과긴장수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해사고의 직접결과로써 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 분류표(【별표39】 참조)에서 정한 탈구, 염좌 및 과긴장을 입고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 탈구염좌및과긴장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-66. (갱신형)상해척추손상수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 상해 척추손상 분류표(【별표40】 참조)에서 정한 척추손상을 입고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해척추손상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-67. (갱신형)상해관절(무릎·고관절)손상수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 상해 관절(무릎·고관절)손상 분류표(【별표41】 참조)에서 정한 관절(무릎·고관절)손상을 입고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해관절(무릎·고관절)손상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-68. (갱신형)상해MRI검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(급여 상해 MRI검사의 정의 및 장소)에서 정한 의료행위를 받은 경우 연간 1회한도로 이 특별약관의 가입금액을 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제3조(급여 상해 MRI검사의 정의 및 장소)에서 정한 '급여 상해 MRI검사'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 MRI검사(급여)를 받은 경우에도 1회의 상해MRI검사비만 지급합니다.

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

제3조(급여 상해 MRI검사의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 '급여 상해 MRI검사'라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상진단(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

【자기공명영상진단(MRI)】

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

【의료행위】

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

② 제1항의 '급여 상해 MRI검사'는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 '급여 상해 MRI검사'는 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 자기공명영상(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고진단서
3. 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드포함) 필수기재)
단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
4. 진료비계산서
5. 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함)
6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-69. (갱신형)상해CT검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(급여 상해 CT검사의 정의 및 장소)에서 정한 의료행위를 받은 경우 연간 1회한도로 이 특별약관의 가입금액을 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "연간"이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제3조(급여 상해 CT검사의 정의 및 장소)에서 정한 '급여 상해 CT검사'를 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 CT검사(급여)를 받은 경우에도 1회의 상해CT검사비만 지급합니다.

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

제3조(급여 상해 CT검사의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 '급여 상해 CT검사'라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 급여 상해CT검사분류표(【별표42】 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

【전산화단층영상진단(CT)】

X-ray를 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단하는 검사

【의료행위】

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

② 제1항의 '급여 상해 CT검사'는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고진단서
3. 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드포함) 필수기재)

단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

4. 진료비계산서
5. 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함)
6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-70. (갱신형)자동차사고치아보철치료(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차사고에 의한 상해의 직접적인 결과로써 치아보철치료가 필요하다고 진단을 받은 경우에는 치아보철치료가 필요한 치아 1개당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 자동차사고치아보철치료(자가용)보험금으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "자동차사고"라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1조(보험금의 지급사유)의 "치아보철치료가 필요하다고 진단을 받은 경우"라 함은 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)에서 정한 5급 32항, 6급 31항, 7급 26항, 8급 25항, 9급 19항, 10급 9항, 11급 5항, 12급 7항, 13급 4항, 14급 4항에 해당되는 경우를 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 "치아보철치료"라 함은 치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.

④ 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

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

⑥ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
4. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
5. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차 보험의 보상처리확인서
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우

1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등)
2) 진단서

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나목 2)의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-71. (갱신형)자동차사고성형수술(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 자동차사고로 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 자동차사고성형수술(자가용)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보장하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고
3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 같은 사고로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행인의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안에 발생한 손해
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
5. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
6. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
7. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작

을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

2-72. (갱신형)일상생활강력범죄발생 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일상생활강력범죄발생보험금으로 지급하여 드립니다.

1. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제24장에서 말하는 살인의 죄
2. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제32장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제38장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(【부록-법 및 규정】 참조)(이하 "폭처법"이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력(【부록-법 및 규정】 참조) 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보장하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭처법 제4조(【부록-법 및 규정】 참조)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 또는 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
5. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는

제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

3. 질병 및 상해관련 특별약관

3-1. (갱신형)질병및상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일수 1일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

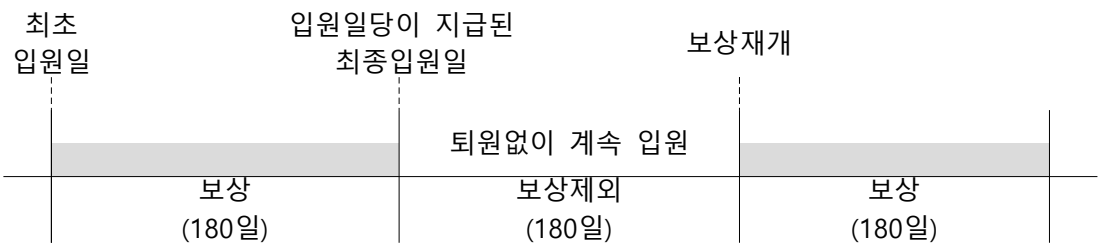
② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 질병으로 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병및상해입원일당(1일이상180일한도)】【보상기간 예시】



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병 또는 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 또는 제2항에 따라 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금 또는 상해입원일당(1일이상180일한도)보험금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험

금의 지급사유) 제1항 또는 제2항의 질병입원일당(1일이상180일한도)보험금 또는 상해입원일당(1일이상180일한도)보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 회사는 아래의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
3. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
4. 성병
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 정상분만, 치과질환

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)을 따릅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

3-2. (갱신형)질병및상해수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 질병수술보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 일반상해수술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 질병수술보험금은 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다. (질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다)

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 회사는 아래의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
4. 단순한 피로 또는 권태
5. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
6. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여 대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험업 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한

때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병.사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1-1절 보통약관일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. 건강검진, 예방접종, 인공유산
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험업 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함합니다. 또한, 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 조작을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제

9조 제1항([별표2]비급여대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다. 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

3-3. (갱신형)수술(1~8종)(시술포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 입원하여 받은 경우에는 아래의 금액을 수술(1~8종)(시술포함)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

[최초계약시]

구분	지급금액	
	최초계약일로부터 1년 미만	최초계약일로부터 1년 이상
1종 수술	보험가입금액의 0.75%	보험가입금액의 1.5%
2종 수술	보험가입금액의 0.75%	보험가입금액의 1.5%
3종 수술	보험가입금액의 1.25%	보험가입금액의 2.5%
4종 수술	보험가입금액의 2.5%	보험가입금액의 5%
5종 수술	보험가입금액의 12.5%	보험가입금액의 25%
6종 수술	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%
7종 수술	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
8종 수술	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1-1절 보통약관일반조항 제23조(계약의 자동갱신)에 따라 특별약관이 자동갱신되는 경우피보험자가 발생한 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 입원하여 받은 경우에는 아래의 금액을 수술(1~8종)(시술포함)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

[갱신계약시]

구분	지급금액
1종 수술	보험가입금액의 1.5%
2종 수술	보험가입금액의 1.5%
3종 수술	보험가입금액의 2.5%
4종 수술	보험가입금액의 5%
5종 수술	보험가입금액의 25%
6종 수술	보험가입금액의 50%
7종 수술	보험가입금액의 100%
8종 수술	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 제4조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 '수술 및 시술'을 받은 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

【설명】

ADRG는 1회의 입원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【 예시 】

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 상해 또는 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 수술(1~8종)보험금(시술 포함)을 보장합니다.

⑤ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제4조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시】

자동차보험 또는 산재보험 등 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간에 추가적으로 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.

⑦ 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N031, N032)는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

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

4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 상해수술(1~8종)의 경우 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

④ 회사는 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)(【별표43】 참조)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

⑤ 회사는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제4조(수술 및 시술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 참조) 에서 정한 수술시술코드(이하 "수술시술코드"라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "수술시술코드"는 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)" 분류체계에 따라 부여된 "ADRG(Adjacent DRG)" 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【KDRG(Korean Diagnosis Related Group)】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 "수술시술코드"에서 향후 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)" 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 "수술시술코드"가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 "수술시술코드"를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【설명】

회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.

신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

【예시】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"(보건복지부 고시 제2021-13호,2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211

체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

【설명】

"건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
   (단, 진료비세부내역서등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【설명】

급여수가코드는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)"에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

3-4. (갱신형)응급실내원비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인한 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 응급실내원비(응급)로 지급하여 드립니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 "응급환자"로 응급실에 내원한 환자도 보상하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "응급실"이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

② "응급"이라 함은 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우를 말합니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

③ "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정하는 자로 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

④ 제3항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 응급환자에 해당하지 않습니다.

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

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제3조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

3-5. (갱신형)깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료(이하 '깁스치료'라 합니다)를 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 깁스치료비로 매 사고시마다 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 깁스치료비는 같은 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

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

제3조(깁스치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '깁스치료'라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 치료를 직접적인 목적으로 깁스치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항에서 "부목치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정 할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4. 비용관련 특별약관

4-1.
(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인(동승자를 포함하나 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 보험수익자에게 운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항(【부록-법 및 규정】 참조), 형법 제268조(【부록-법 및 규정】 참조), 교통사고처리특례법 제3조(【부록-법 및 규정】 참조) 에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(자동차사고부상등급표(【별표31】 참조))을 입힌 경우

【중상해】

"중상해"라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형사합의금】

"형사합의금"이라 함은 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용)은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우: 3천만원
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우

구 분	42일 ~ 69일 진단시	70일 ~ 139일 진단시	140일 이상 진단시
지급한도	1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호의 경우: 3천만원

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사

고 중에서 제2항에서 정한 "중대법규위반 교통사고"에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조) 중 제7호 및 제8호는 일반교통사고로 보지 않습니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【기소】

검사가 특정한 형사사건에 대하여 법원의 심판을 구하는 행위로 공소제기라고도 합니다.

【공소장】

검사가 공소를 제기하고자 할 때 작성하는 문서를 말하며, 검사가 공소를 제기할 때에는 공소장을 관할법원에 반드시 제출하여야 합니다.

【공탁】

공탁소에 금전·유가증권 및 기타 물건의 보관을 위탁하는 것을 말합니다.

⑥ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 운전중교통사고처리지원금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우, 제5항에도 불구하고 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서. 단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해, 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 운전중교통사고처리지원금(형사합의금)수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 보험증권에 자가용 목적으로 가입한 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까

지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-2.
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인(동승자를 포함하나 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 보험수익자에게 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항(【부록-법 및 규정】 참조), 형법 제268조(【부록-법 및 규정】 참조), 교통사고처리특례법 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(자동차사고부상등급표(【별표31】 참조))을 입힌 경우

【중상해】

"중상해"라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형사합의금】

"형사합의금"이라 함은 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우: 5천만원
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우

구 분	42일 ~ 69일 진단시	70일 ~ 139일 진단시	140일 이상 진단시
지급한도	1천만원	3천만원	5천만원

3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호의 경우: 5천만원

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사

고 중에서 제2항에서 정한 "중대법규위반 교통사고"에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조) 중 제7호 및 제8호는 일반교통사고로 보지 않습니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【기소】

검사가 특정한 형사사건에 대하여 법원의 심판을 구하는 행위로 공소제기라고도 합니다.

【공소장】

검사가 공소를 제기하고자 할 때 작성하는 문서를 말하며, 검사가 공소를 제기할 때에는 공소장을 관할법원에 반드시 제출하여야 합니다.

【공탁】

공탁소에 금전·유가증권 및 기타 물건의 보관을 위탁하는 것을 말합니다.

⑥ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우, 제5항에도 불구하고 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서. 단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해, 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 보험증권에 자가용 목적으로 가입한 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함, 동승자포함)(운전자용)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A, B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A, B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까

지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-3.
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인(동승자를 포함하나 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 보험수익자에게 운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항(【부록-법 및 규정】 참조), 형법 제268조(【부록-법 및 규정】 참조), 교통사고처리특례법 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(자동차사고부상등급표(【별표31】 참조))을 입힌 경우

【중상해】

"중상해"라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형사합의금】

"형사합의금"이라 함은 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우: 7천만원
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우

구 분	42일 ~ 69일 진단시	70일 ~ 139일 진단시	140일 이상 진단시
지급한도	1천만원	4천만원	7천만원

3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호의 경우: 7천만원

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사

고 중에서 제2항에서 정한 "중대법규위반 교통사고"에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조) 중 제7호 및 제8호는 일반교통사고로 보지 않습니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【기소】

검사가 특정한 형사사건에 대하여 법원의 심판을 구하는 행위로 공소제기라고도 합니다.

【공소장】

검사가 공소를 제기하고자 할 때 작성하는 문서를 말하며, 검사가 공소를 제기할 때에는 공소장을 관할법원에 반드시 제출하여야 합니다.

【공탁】

공탁소에 금전·유가증권 및 기타 물건의 보관을 위탁하는 것을 말합니다.

⑥ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 운전중교통사고처리지원금Ⅲ(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우, 제5항에도 불구하고 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서. 단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해, 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 운전중교통사고처리지원금Ⅲ(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 보험증권에 자가용 목적으로 가입한 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함, 동승자포함)(운전자용)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까

지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-4.
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인(동승자를 포함하나 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 보험수익자에게 운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항(【부록-법 및 규정】 참조), 형법 제268조(【부록-법 및 규정】 참조), 교통사고처리특례법 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(자동차사고부상등급표(【별표31】 참조))을 입힌 경우

【중상해】

"중상해"라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형사합의금】

"형사합의금"이라 함은 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우: 1억원
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우

구 분	42일 ~ 69일 진단시	70일 ~ 139일 진단시	140일 이상 진단시
지급한도	1천만원	5천만원	1억원

3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호의 경우: 1억원

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사

고 중에서 제2항에서 정한 "중대법규위반 교통사고"에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조) 중 제7호 및 제8호는 일반교통사고로 보지 않습니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【기소】

검사가 특정한 형사사건에 대하여 법원의 심판을 구하는 행위로 공소제기라고도 합니다.

【공소장】

검사가 공소를 제기하고자 할 때 작성하는 문서를 말하며, 검사가 공소를 제기할 때에는 공소장을 관할법원에 반드시 제출하여야 합니다.

【공탁】

공탁소에 금전·유가증권 및 기타 물건의 보관을 위탁하는 것을 말합니다.

⑥ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 운전중교통사고처리지원금Ⅳ(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우, 제5항에도 불구하고 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서. 단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해, 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 운전중교통사고처리지원금Ⅳ(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 보험증권에 자가용 목적으로 가입한 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 운전중교통사고처리지원금IV(중상해포함, 동승자포함)(운전자용)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은

더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-5.
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인(동승자를 포함하나 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 각 호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 보험수익자에게 운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항(【부록-법 및 규정】 참조), 형법 제268조(【부록-법 및 규정】 참조), 교통사고처리특례법 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상(자동차사고부상등급표(【별표31】 참조))을 입힌 경우

【중상해】

"중상해"라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【형사합의금】

"형사합의금"이라 함은 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용)은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우: 2억원
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우

구 분	42일 ~ 69일 진단시	70일 ~ 139일 진단시	140일 ~ 174일 진단시	175일 이상 진단시
지급한도	2천만원	8천만원	1억원	1억5천만원

3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호의 경우: 2억원

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 제2항에서 정한 "중대법규위반 교통사고"에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조) 중 제7호 및 제8호는 일반교통사고로 보지 않습니다.
④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【기소】
검사가 특정한 형사사건에 대하여 법원의 심판을 구하는 행위로 공소제기라고도 합니다.

【공소장】
검사가 공소를 제기하고자 할 때 작성하는 문서를 말하며, 검사가 공소를 제기할 때에는 공소장을 관할법원에 반드시 제출하여야 합니다.

【공탁】
공탁소에 금전·유가증권 및 기타 물건의 보관을 위탁하는 것을 말합니다.

⑥ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 운전중교통사고처리지원금Ⅴ(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우, 제5항에도 불구하고 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서. 단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해, 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 운전중교통사고처리지원금Ⅴ(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일

으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 보험증권에 자가용 목적으로 가입한 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함, 동승자포함)(운전자용)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까

지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-6.
(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 "중대법규위반 자동차사고"로 타인(동승자를 포함하나 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 "피해자"라 합니다)이 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 보험수익자에게 운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

【형사합의금】

"형사합의금"이라 함은 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용)은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

구 분	21일 미만 진단시	21일 ~ 41일 진단시
지급한도	150만원	500만원

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 피해자의 진단일수는 추가 진단일수를 합산한 최종 진단일수를 기준으로 합니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【기소】
검사가 특정한 형사사건에 대하여 법원의 심판을 구하는 행위로 공소제기라고도 합니다.

【공소장】
검사가 공소를 제기하고자 할 때 작성하는 문서를 말하며, 검사가 공소를 제기할 때에는 공소장을 관할법원에 반드시 제출하여야 합니다.

【공탁】
공탁소에 금전·유가증권 및 기타 물건의 보관을 위탁하는 것을 말합니다.

⑥ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 운전중교통사고처리지원금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우, 제5항에도 불구하고 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서. 단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해, 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 운전중교통사고처리지원금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 최초 진단 후 추가 진단을 받아 최종 진단일이 42일 이상의 치료를 요하는 진단을 받은 경우
9. 보험증권에 자가용 목적으로 가입한 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(보험금의 비례분담)
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 운전중교통사고처리지원금(중대법규위반, 동승자포함,6주미만)(운전자용)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-7.
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 "중대법규위반 자동차사고"로 타인(동승자를 포함하나 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 "피해자"라 합니다)이 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 보험수익자에게 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

【형사합의금】

"형사합의금"이라 함은 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용)은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

구 분	21일 미만 진단시	21일 ~ 41일 진단시
지급한도	150만원	1,000만원

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

③ 제1항에서 피해자의 진단일수는 추가 진단일수를 합산한 최종 진단일수를 기준으로 합니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【기소】
검사가 특정한 형사사건에 대하여 법원의 심판을 구하는 행위로 공소제기라고도 합니다.

【공소장】
검사가 공소를 제기하고자 할 때 작성하는 문서를 말하며, 검사가 공소를 제기할 때에는 공소장을 관할법원에 반드시 제출하여야 합니다.

【공탁】
공탁소에 금전·유가증권 및 기타 물건의 보관을 위탁하는 것을 말합니다.

⑥ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 각 호에 모두 해당하고 피보험자의 요청이 있는 경우에는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금을 확정하고, 피해자가 형사합의금을 별도로 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따른 형사합의금 지급을 요청하는 경우, 제5항에도 불구하고 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서. 단, 합의금액이 명시되어 있고, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해, 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 최초 진단 후 추가 진단을 받아 최종 진단일이 42일 이상의 치료를 요하는 진단을 받은 경우
9. 보험증권에 자가용 목적으로 가입한 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 손해

제4조(보험금의 비례분담)
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용)을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-8. (갱신형)운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당 2,000만원을 한도로 보험수익자에게 운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용)으로 지급하여 드립니다. 단, 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 벌금형이 확정된 경우 1사고당 벌금액을 3,000만원 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률】

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 도로교통법 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 교통사고처리 특례법 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당되는 경우, 제1항의 "운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)"에는 "자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약" 또한 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금액이 확정된 경우

③ 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-9. (갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 벌금형이 확정된 경우, 1사고당 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)이 2,000만원을 초과한 경우 초과한 벌금액을 1,000만원 한도로 보험수익자에게 운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률】

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 도로교통법 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 교통사고처리 특례법 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당되는 경우, 제1항의 "운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)"에는 "자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약" 또한 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금액이 확정된 경우

③ 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-10. (갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당되는 경우, 제1항의 "운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)"에는 "자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약" 또한 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금액이 확정된 경우

③ 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-11. (갱신형)운전중사고벌금(대물)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 운전중사고벌금(대물)(운전자용)으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중사고벌금(대물)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 벌금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당되는 경우, 제1항의 "운전중사고벌금(대물)(운전자용)에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)"에는 "자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약" 또한 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)(【부록-법 및 규정】 참조)와 관련하여 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금액이 확정된 경우

③ 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 벌금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{벌금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

【비례 분담 예시】

예시 1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시 2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-12. (갱신형)심급별운전중사고변호사선임비용 (특정사고경찰조사포함)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전 중 교통사고"라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입혀 아래에서 정한 사유로 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다)를 "1사고"마다 "소송의 심급별"로 제3항에서 정한 금액을 한도로 보험수익자에게 심급별운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)으로 보상합니다.

1. 피보험자가 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 하며, 약식기소는 제외합니다)된 경우
3. 피보험자가 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되는 경우
4. 검사 또는 피보험자가 법원의 약식명령에 대하여 정식재판을 청구하여 재판이 진행되어 제1심 판결이 선고된 경우
5. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)
6. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)

② 제1항의 심급별운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)은 "1사고"마다 "소송의 심급별"로 발생한 변호사선임비용의 50%를 공제하여 지급하며, 제3항에서 정한 금액을 한도로 지급합니다.

③ 제1항의 변호사선임비용은 1사고마다 아래의 금액을 한도로 합니다.

심급구분	가입금액	보상한도
1심(경찰조사포함)	1,500만원 기준	5백만원
2심(항소심)		5백만원
3심(상고심)		5백만원

④ 제1항 및 제2항의 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급을 받은 경우를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 "중대법규위반 교통사고"는 불송치 결정서, 약식명령 공소장, 불기소 이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서 등을 통해 죄목 또는 사고내용이 교통사고처리특례법 제3조 제2항에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항의 "약식기소"라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑧ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑨ "소송의 심급별"이라 함은 1심 소송(경찰조사포함), 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각을 말합니다. 1사고로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 실제로 부담한 변호사선임비용을 각 심급별로 합하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 심급별 보상한도 내에서 보험수익자에게 지급합니다.

⑩ 다수의 심급에 대한 변호사선임비용을 일괄 부담하는 계약의 경우, 변호사선임비용을 균등 배분한 금액을 각 심급별 변호사선임비용으로 합니다.

【심급별운전중사고변호사선임비용의 지급과 관련된 예시】

【다수의 심급에 대하여 변호사선임비용을 일괄 부담하는 계약의 경우 지급보험금 예시(보험가입금액 1,500만원 기준)】

예시1) 1심(경찰조사포함), 항소심 및 상고심 일괄 6,000만원 계약 후 상고심까지 진행된 것이 확인된 경우

→ 1심(경찰조사포함), 2심(항소심) 및 3심(상고심) 각 2,000만원 균등 배분

구분	보상한도	변호사선임비용	자기부담금	지급보험금
1심(경찰조사포함)	500만원	2,000만원	1,000만원	500만원
2심(항소심)	500만원	2,000만원	1,000만원	500만원
3심(상고심)	500만원	2,000만원	1,000만원	500만원

예시2) 1심(경찰조사포함) 및 항소심 일괄 1,000만원, 상고심 별도 1,000만원 계약 후 상고심까지 진행된 것이 확인된 경우

→ 1심(경찰조사포함) 및 2심(항소심) 각 500만원 균등 배분

구분	보상한도	변호사선임비용	자기부담금	지급보험금
1심(경찰조사포함)	500만원	500만원	250만원	250만원
2심(항소심)	500만원	500만원	250만원	250만원
3심(상고심)	500만원	1,000만원	500만원	500만원

예시) 1심(경찰조사포함), 항소심 및 상고심 일괄 1,500만원 계약 후 1심(경찰조사포함)까지 진행된 것이 확인된 경우

→ 1심(경찰조사포함), 2심(항소심) 및 3심(상고심) 각 500만원 균등 배분

구분	보상한도	변호사선임비용	자기부담금	지급보험금
1심(경찰조사포함)	500만원	500만원	250만원	250만원
2심(항소심)	-	500만원		-
3심(상고심)	-	500만원		-

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니

다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서, 불송치 결정서, 불기소 이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서, 변호사 선임범위(1심(경찰조사포함), 2심(항소심), 3심(상고심))를 알 수 있는 사건위임계약서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 심급별운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 공제계약을 포함합니다. 이하 동일합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액 – 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) X $\frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액의 합계액}}$

※보장대상 변호사선임비용 : 보험금 지급사유에 따라 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액(단, 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 금액은 제외)

※보장책임액: (보장대상 변호사선임비용 – 피보험자부담 공제금액)과 보상한도 중 작은 금액

【예시 안내】

< 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 >

피보험자의 **실제 변호사선임비용(보장대상 변호사선임비용) 1,200만원일 경우 :**

계약1 : 보상한도 500만원, 공제금액 변호사비용의 50%,
피보험자부담 공제금액 600만원(변호사선임비용의 50%)
보장책임액 = 500만원 {min(1,200만원 - 600만원, 500만원)}

계약2 : 보상한도 300만원, 공제금액 변호사비용의 60%
피보험자부담 공제금액 720만원(변호사선임비용의 60%)
보장책임액 = 300만원 {min(1,200만원 - 720만원, 300만원)}

이 경우, 피보험자는 계약1에서 375만원을 보상받고, 계약2에서 225만원을 보상 받습니다.

- 계약1 = 375만원 = (1,200만원 - 600만원) × $\frac{\text{계약1(500만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}}$
- 계약2 = 225만원 = (1,200만원 - 600만원) × $\frac{\text{계약2(300만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}}$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제3조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-13.
(갱신형)운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(500만원한도)(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전 중 교통사고"라 합니다)로 타인의 신체에 상해를 입혀 아래에서 정한 사유로 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다)를 "1사고"마다 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 하며, 약식기소는 제외합니다)된 경우
3. 피보험자가 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되는 경우
4. 검사 또는 피보험자가 법원의 약식명령에 대하여 정식재판을 청구하여 재판이 진행되어 제1심 판결이 선고된 경우
5. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)
6. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)

② 제1항의 변호사선임비용은 1사고마다 아래의 금액을 한도로 지급합니다.

구분	가입금액	보상한도
변호사선임비용	5백만원	5백만원

③ 제1항의 "중대법규위반 교통사고"라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당되는 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 자동차사고부상등급표(【별표31】 참조)의 부상등급을 받은 경우를 말합니다. 단, 동법 제3조 제2항 제7호 및 제8호는 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항의 "중대법규위반 교통사고"는 불송치 결정서, 약식명령 공소장, 불기소 이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서 등을 통해 죄목 또는 사고내용이 교통사고처리특례법 제3조 제2항(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항의 "약식기소"라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【유의사항】

변호사 선임 계약 관련 형사사건에 관한 성공보수 약정은 선량한 풍속 기타 사회질서에 위반되어 무효이며, 이에 해당하는 금액은 보상되지 않습니다.
(대법원 2015.7.23 선고 2015다200111)

⑥ 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑦ 제1항의 "1사고"라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, "1사고"로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

⑧ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서, 불송치 결정서, 불기소 이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 공제계약을 포함합니다. 이하 동일합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$(\text{각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액의 합계액}}$$

※보장대상 변호사선임비용 : 보험금 지급사유에 따라 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액 (단, 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 금액은 제외)

※보장책임액: (보장대상 변호사선임비용 – 피보험자부담 공제금액)과 보상한도 중 작은 금액

【예시 안내】

< 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 >

피보험자의 **실제 변호사선임비용(보장대상 변호사선임비용) 600만원일 경우** :

계약1 : 보상한도 500만원, 공제금액 0만원,
피보험자부담 공제금액: 0만원
보장책임액 = 500만원(보상한도 500만원 이내 지급)

계약2 : 보상한도 300만원, 공제금액 실제 변호사비용의 50%
피보험자부담 공제금액: 300만원(변호사선임비용의 50%)
보장책임액 = 300만원(보상한도 300만원 이내 지급)

이 경우, 피보험자는 계약1에서 375만원을 보상받고, 계약2에서 225만원을 보상 받습니다.

- 계약1 = 375만원 = (600만원 - 0원) × $\frac{\text{계약1(500만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}}$
- 계약2 = 225만원 = (600만원 - 0원) × $\frac{\text{계약2(300만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}}$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제3조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항, 제5항, 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 제5항 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-14. (갱신형)운전중보복운전피해보장(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 "보복운전"의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 하며, "약식기소"를 포함합니다) 또는 "기소유예"된 경우, 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 운전중보복운전피해보장(운전자용)보험금으로 지급하여 드립니다.

【약식기소】

"약식기소"라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【기소유예】

"기소유예"라 함은 검찰사건사무규칙 제115조 제3항 제1호에서 정한 피의사실이 인정되나 「형법」 제51조 각호의 사항을 참작할 때 소추를 필요로 하지 아니하여 검찰이 기소를 유예하는 경우를 말합니다.

② 제1항의 "보복운전"이라 함은 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 시비로 인하여 타인이 자동차를 수단으로 피보험자를 상대로 다음 각 호에서 정한 행위를 하여 검찰의 처분 결정이 내려진 경우를 말합니다.

1. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제258조의2(특수상해)에서 정한 특수상해
2. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제258조의2(특수상해) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수상해
3. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제261조(특수폭행)에서 정한 특수폭행
4. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제261조(특수폭행) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수폭행
5. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제284조(특수협박)에서 정한 특수협박
6. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제284조(특수협박) 및 제285조(상습범)에서 정한 상습특수협박
7. 형법(【부록-법 및 규정】 참조) 제369조(특수손괴)에서 정한 특수손괴

③ 제1항의 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 운전중보복운전피해보장(운전자용)보험금은 하나의 "보복운전"이 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 각 호의 행위 중 2개 이상에 해당하더라도 1회에 한하여 운전중보복운전피해보장(운전자용)보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 하나의 사고에 대하여 피보험자가 보복운전 피해자인 동시에 가해자가 되어 검찰에 기소 또는

기소유예처분이 내려진 경우

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명, 불기소 이유 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 경찰 신고 접수증 사본
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-15. (갱신형)보이스피싱손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 전화금융사기(보이스피싱) 사고로 대한민국 내에서 금전적인 손해를 입은(또는 지출한) 경우에는 피보험자가 입은(또는 지출한) 실제 금전손해액의 70%를 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 보이스피싱손해보험금으로 지급합니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 경우에 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제3조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의나 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실 행위
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 배우자 및 친족(민법 제777조(【부록-법 및 규정】 참조))이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족(민법 제777조(【부록-법 및 규정】 참조))에 의한 사고
4. 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제10조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직·간접을 불문하고 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
12. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제3조(전화금융사기(보이스피싱) 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "전화금융사기(보이스피싱)"라 함은 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "실제 금전손해액"이라 함은 전화금융사기(보이스피싱)으로 인하여 송금·이체된 금액에서 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제10조(【부록-법 및 규정】 참조)에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "피해환급금"이라 함은 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제5조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

④ 이 특별약관에서 "개인정보"라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 해당정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 해당 개인을 식별할 수가 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 경찰서에서 발행한 피해금액이 명시된 피해신고확인서
3. 피해자 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 지급정지요청서(전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 시행령 별지 제2호)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 시행령 별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 '피해환급금 결정 통지서' 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제5조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 담보하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는, 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청

구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-16. (갱신형)면허정지보험금(영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 영업용 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 면허정지기간 1일당 아래의 금액을 매 사고시마다 보험수익자에게 면허정지보험금(영업용)으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
면허정지보험금 (영업용)	영업용 자동차 운전 중 사고로 운전면허가 일시 정지된 경우	면허정지기간 1일당 이 특별약관의 보험가입금액(최고 60일 한도)

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지보험금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 "면허정지기간"이라 함은 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말하며, 집행면제로 사면된 경우 사면이후의 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해
8. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-17. (갱신형)면허취소보험금(영업용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 영업용 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 면허취소보험금(영업용)으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
면허취소보험금 (영업용)	영업용 자동차 운전 중 사고로 운전면허가 취소된 경우	이 특별약관의 보험가입금액

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 발생한 보험사고
2. 보험수익자의 고의로 발생한 보험사고. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 발생한 보험사고
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해
8. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-1절 보통약관일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-18. (갱신형)민사소송법률비용손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건(대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다)이 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제3조(법률비용보험금)와 제4조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

심급 구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

【소송제기의 원인이 되는 사건】

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

・채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건

・손해배상의 경우 : 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.
(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. "민사소송법"에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소장각하명령
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. "소비자기본법" 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. "자본시장과 금융투자업에 관한 법률"에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. "노동조합 및 노동관계조정법"에 관련된 쟁의행위, "집회 및 시위에 관한 법률"에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. "독점규제 및 공정거래에 관련 법률", "증권관련집단소송법"에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 "자동차손해배상보장법", "산업재해보상보험법" 등 법률에 따라 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소장각하명령】

민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 보험수익자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용(【별표44】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액(【별표45】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원의 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료(【별표46】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 위 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항에 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【유의사항】

소송의 결과에 따라 소송의 상대 측이 피보험자가 부담하여야 할 소송비용을 일부 또는 전부 부담하였을 경우 그 해당금액에 대하여는 피보험자가 실제 부담한 금액으로 보지 않습니다.

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제3조(법률비용보험금)의 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액+송달료
지급금액	1,500만원 한도 (심급별 하나의 소송당 10만원 자기부담금 공제)	500만원 한도

제5조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특별약관이 체결된 사실을 알지 못하

였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제6조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소장각하명령, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제7조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제8조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제9조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 "지급기일"이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)'에서 정한 이율에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제10조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

제12조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1-1절 보통약관일반조항 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 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 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관을 해지하였을 때에는 제1-1절 보통약관일반조항 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제13조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

제14조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송 결과에 따라 지급한 보험금의 한도내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제15조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 아니함에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제16조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구)의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금

의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-19. (갱신형)자동차사고민사소송법률비용손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건(대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다) 중 '자동차사고 손해배상 소송'이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제3조(법률비용보험금)과 제4조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

심급 구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 각각 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

④ 제1항의 「자동차사고 손해배상 소송」이라 함은 「자동차손해배상 보장법」에 따른 손해배상청구소송이며,「손해배상 사건에 대한 사건명 표시의 구분」 재판예규에 따라 손해배상(자)로 분류된 소송을 말합니다.

【소송제기의 원인이 되는 사건】

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

・채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건

・손해배상의 경우 : 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.
(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해

2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. "민사소송법"에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소장각하명령
6. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
9. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
10. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
11. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송
12. 자동차보험계약에 의하여 지급이 약정된 사고부담금과 관련된 소송

【사고부담금】

자동차손해배상보장법 제29조에 따라 음주·무면허 운전 등으로 사고를 낸 운전자가 보험금 지급을 받기 전에 부담해야 하는 금액을 말합니다.

1. 도로교통법 또는 건설기계관리법에 따른 면허를 갖추지 않은 상태로 운행하다가 일어난 사고
2. 도로교통법 제44조에 정한 음주 상태로 운전하던 중 일어난 사고
3. 도로교통법 제54조 1항에 정한 사고발생시의 조치를 하지 않은 사고 등

13. 자동차보험의 자기신체사고, 자동차상해, 무보험차에 의한 상해 약관 등을 청구원인으로 하는 소송 등 「자동차손해배상 보장법」의 적용을 받지 않는 민사소송

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소장각하명령】

민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제3조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 보험수익자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 지급합니다.

1. "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에 정한 변호사비용(【별표44】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. "민사소송법 등 인지법"에 정한 인지액(【별표45】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원의 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료(【별표46】 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 위 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항에 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【유의사항】

소송의 결과에 따라 소송의 상대 측이 피보험자가 부담하여야 할 소송비용을 일부 또는 전부 부담하였을 경우 그 해당금액에 대하여는 피보험자가 실제 부담한 금액으로 보지 않습니다.

제4조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제3조(법률비용보험금)의 법률비용 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액+송달료
지급금액	1,500만원 한도 (심급별 하나의 소송당 10만원 자기부담금 공제)	500만원 한도

제5조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특별약관이 체결된 사실을 알지 못하

였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제6조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소장각하명령, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제7조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제8조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제9조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 "지급기일"이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)'에서 정한 이율에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제10조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

제12조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1-1절 보통약관일반조항 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 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 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관을 해지하였을 때에는 제1-1절 보통약관일반조항 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제13조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

제14조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송 결과에 따라 지급한 보험금의 한도내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제15조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 아니함에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제16조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구)의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금

의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-20. (갱신형)업무상과실·중과실치사상벌금비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사고로 대한민국 내에서 형법 제268조(업무상 과실·중과실 치사상)에 따른 벌금형(단, 특별법 위반을 포함한 벌금형은 제외)이 확정 판결 되었을 때 1사고마다 2,000만원을 한도로 벌금형에 해당하는 금액(확정판결에 따라 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 보험수익자에게 지급합니다.

【형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)】

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【형법 제268조의 특별법】

건설기술진흥법제86조제1항	고압가스 안전관리법 제38조 제3항
교통사고처리특례법제3조제1항	도시가스사업법 제48조 제9항
산업안전보건법제66조의2	송유관 안전관리법 제13조 제5항
시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법 제64조 제2항	액화석유가스의 안전관리 및 사업법 제65조 제4항
위험물안전관리법 제34조 제2항	장기등 이식에 관한 법률 제47조 제2항 및 제3항
저수지·댐의 안전관리 및 재해예방에 관한 법률 제30조 제4항	전기공사업법 제41조 제2항
주택법 제99조 제2항	환경범죄 등의 단속 및 가중처벌에 관한 법률 제5조 제2항

※ 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)의 특별법이 변경(관련 법령의 제정, 개정 및 폐지를 포함합니다)되는 경우에는 변경된 기준으로 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
3. 보험수익자의 고의
4. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 형법 제260조(폭행), 제261조(특수폭행)과 경합된 사고
8. 피보험자가 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)의 특별법 위반으로 최종 확정판결을 받은 경우(단, 특별법을 죄명으로 기소되었으나 최종 확정판결에서 특별법 위반 없이 형법 제268조(업무상 과실·중과실 치사상)로 최종 처분받은 경우는 제외합니다)

【형법 제260조(폭행, 존속폭행)】

① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

【형법 제261조(특수폭행)】

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조 제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서류(고소장, 최종 확정판결문 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제3조(보험금의 청구)의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금

을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

4-21. (갱신형)업무상과실·중과실치사상변호사선임비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 형법 제268조(업무상 과실·중과실 치사상)을 죄명으로 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검사에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소된 경우는 제외합니다) 된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액을 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우는 보상하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 형법 제268조(업무상 과실·중과실 치사상)의 특별법 위반으로 법원에서 최종 확정판결을 받은 경우는 보상하지 않습니다.

【형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)】

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【형법 제268조의 특별법】

건설기술진흥법제86조제1항	고압가스 안전관리법 제38조 제3항
교통사고처리특례법제3조제1항	도시가스사업법 제48조 제9항
산업안전보건법제66조의2	송유관 안전관리법 제13조 제5항
시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법 제64조 제2항	액화석유가스의 안전관리 및 사업법 제65조 제4항
위험물안전관리법 제34조 제2항	장기등 이식에 관한 법률 제47조 제2항 및 제3항
저수지·댐의 안전관리 및 재해예방에 관한 법률 제30조 제4항	전기공사업법 제41조 제2항
주택법 제99조 제2항	환경범죄 등의 단속 및 가중처벌에 관한 법률 제5조 제2항

※ 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)의 특별법이 변경(관련 법령의 제정, 개정 및 폐지를 포함합니다)되는 경우에는 변경된 기준으로 적용합니다.

③ 제1항에서 피보험자가 다른 죄명으로 기소된 경우에도 형법 제268조(업무상 과실·중과실 치사상)로 최종 확정판결을 받은 경우에는 변호사선임비용을 이 특별약관에 따라 지급합니다. 다만, 이 경우에도 특별법을 위반으로 최종 확정판결이 된 경우에는 보상하지 않습니다.

④ 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

⑤ 제1항에서 1사고로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송 동안 피보험자가 실제로 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 제6항의 회사의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의
3. 보험수익자의 고의
4. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 도로교통법 제43조 및 제44조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 음주·무면허 상태 또는 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 형법 제260조(폭행), 제261조(특수폭행)과 경합된 사고
8. 피보험자가 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)의 특별법 위반으로 최종 확정판결을 받은 경우(단, 특별법을 죄명으로 기소되었으나 최종 확정판결에서 특별법 위반 없이 형법 제268조(업무상 과실·중과실 치사상)로 최종 처분받은 경우는 제외합니다)

【형법 제260조(폭행, 존속폭행)】

① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

【형법 제261조(특수폭행)】

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조 제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서류(고소장, 최종 확정판결문, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다. 이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제3조(보험금의 청구)의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제32조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

5. 배상책임관련 특별약관

5-1. 배상책임관련 특별약관 공통조항

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
   다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
2. 보상 관련 용어
   가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
   나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 배상책임관련 특별약관의 "보험금 등의 지급한도" 조항에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
   다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
   라. 보험금 분담: 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
   마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
3. 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.

【연단위 복리 계산 예시: 원금 100원을 10% 이자율로 2년간 저축하는 경우】

1년 후 : 100원(원금) + 100원 × 10%(1년차 이자) = 110원
2년 후 : 110원(1년차 금액) + 110원 × 10%(2년차 이자) = 121원

   나. 보험계약대출이율: 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

【보험계약대출이율】

보험계약대출이율은 "AXA손해보험 홈페이지(www.axa.co.kr)→공시실→보험상품공시실→적용이율→상품별 보험계약대출이율"에서 확인할 수 있습니다.

   다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

【평균공시이율】

평균공시이율은 "금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)→업무자료→보험상품자료실→평균공시이율"에서 확인할 수 있습니다.

   라. 해약환급금: 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

제3조(보상하는 손해)

회사가 보상하는 1사고당 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
3. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
5. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【공탁보증보험료】

공탁보증보험료란 가압류, 가처분 등 민사사건을 신청함에 있어 법원에 납부하여야 하는 공탁금을 보험가입금액으로 설정한 공탁보증보험에 가입한 경우 납입해야 하는 보험료를 의미합니다. 이는 공탁금액에 보험요율을 곱한 금액을 말합니다.

6. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제4조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항(【부록-법 및 규정】 참조)에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보상하는 손해) 제1호, 제4호 및 제5호의 비용에 대하여 보상한도액 내에서 보상하여 드립니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 "지급기일"이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할

때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제7조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【비례분담 예시】

예시1) 손해액이 1,000,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
B사의 보상책임액 = 1,000,000원 - 200,000원 = 800,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(1,600,000원)이 실제 입은 손해액(1,000,000원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

$$\text{A사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

$$\text{B사} = 1{,}000{,}000\text{원} \times \frac{800{,}000\text{원}}{1{,}600{,}000\text{원}} = 500{,}000\text{원}$$

예시2) 손해액이 300,000원이고, A사와 B사 2곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B사 계약 모두 보상한도는 각 1억원, 자기부담금 20만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,
A사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
B사의 보상책임액 = 300,000원 - 200,000원 = 100,000원
A사, B사 보상책임액의 합계액(200,000원)이 실제 입은 손해액(300,000원)을 초과하지 않으므로 비례보상 비적용

【공제계약】

공제계약이란 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 의미합니다.
이때, 공제사업이란 공제의 명칭 하에 조합원이 공제부금을 납부하고, 조합원이 일정사고가 발생하는 경우 공제금을 지급하는 사업을 말합니다.

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 배상책임 특별약관에서 보상하는 손해에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

【대위권】

보험자 대위라고도 하며, 손해보험에서 보험자가 피보험자에게 보험금을 지급하였을 때, 일정한 요건하에 피보험자가 소유하는 어떤 권리가 보험자에게 이전되는 것을 말합니다. 보험에 의해서 이득을 거두어서는 안 된다는 원칙에 의거한 제도로 보험계약법(상법 제681조 및 제682조(【부록-법 및 규정】 참조))에도 규정되어 있습니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 보험 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제15조(양도)

보험 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제16조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제17조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 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 돌려 드립니다.

제18조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 보험종목
   2. 보험기간
   3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
   4. 계약자, 피보험자
   5. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료 등을 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제1-1절 보통약관일반조항 제34조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 보험료 등을 감액 혹은 증액할 경우 최초 안내한 만기환급금 또는 해약환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

제19조(조사)

① 회사는 보험 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제20조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특별약관이 체결된 사실을 알지 못하

였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제21조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제18조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제22조(계약의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약(갱신형 보장이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약) 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약(갱신형 보장이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약)을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 제3항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나, 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보

험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제23조(중대사유로 인한 해지)

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

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제1-1절 보통약관일반조항 제34조(해약환급금)에 따라 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제24조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

5-2. (갱신형)가족일상생활배상책임Ⅱ 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인(피보험자 이외의 자로 이하 "피해자"라 합니다)의 신체의 피해에 대한 법률상의 배상책임(이하 "대인 배상책임"이라 합니다) 또는 피해자의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임"이라 합니다) 중 제3조(보험금 등의 지급한도)에서 정하는 자기부담금을 제외하고 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지 내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항의 피보험자라 함은 다음 각 호의 사람을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거 친족(민법 제777조(【부록-법 및 규정】 참조))
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

③ 제2항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

④ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

⑤ 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제4항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑥ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자가 배상책임관련 특별약관 공통조항 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
3. 피보험자가 배상책임관련 특별약관 공통조항 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
5. 보험증권 상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【공탁보증보험료】

공탁보증보험료란 가압류, 가처분 등 민사사건을 신청함에 있어 법원에 납부하여야 하는 공탁금을 보험가입금액으로 설정한 공탁보증보험에 가입한 경우 납입해야 하는 보험료를 의미합니다. 이는 공탁금액에 보험요율을 곱한 금액을 말합니다.

6. 피보험자가 배상책임관련 특별약관 공통조항 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고, 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같습니다

구분		보장개시일
최초계약	누수 이외의 사고	최초계약일
	누수사고	최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신계약		이 특별약관의 갱신일

제3조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
6. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 전자파, 자기장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

② 회사는 피보험자가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 피해자 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자와 세대를 같이 하는 친족(민법 제777조(【부록-법 및 규정】 참조))에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실 내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액은 1억원, 자기부담금은 "대인 배상책임"은 20만원, "대물 배상책임"의 경우 '누수사고'는 50만원, 그 이외의 사고에 대해서는 20만원으로 합니다.

1. 제1조(보상하는 손해) 제6항 제1호의 손해배상금: 보험증권에 기재된 보상한도액 1억원내에서 보상하되, 위의 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해) 제6항 제2호, 제3호 및 제6호의 비용: 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1조(보상하는 손해) 제6항 제4호 및 제5호의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권에 기재된 보상한도액 내에서 보상합니다.

제5조(누수사고의 정의)

이 특별약관에서 "누수사고"라 함은 피보험자 주택 내 건물 및 부대설비 노후화 등으로 인하여 주택의 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물, 부대설비의 노후화, 하자, 결함 및 피보험자의 일상생활에 기인하는 우연한 사고 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단 화재사고 발생시 스프링클러 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신전 계약과 동일한 보장내용으로 계약이 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신될 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내 일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다.

③ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

④ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제3항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제1항에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 배상책임관련 특별약관 공통조항 제5조(보험금의 청구)의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 배상책임관련 특별약관 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 배상책임관련 특별약관 공통조항 제23조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 '누수사고'로 인한 "대물 배상책임" 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
2. "대인 배상책임" 및 '누수사고' 이외의 사고로 인한 "대물 배상책임"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 배상책임관련 특별약관 공통조항을 따르고, 배상책임관련 특별약관 공통조항에서 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제1-1절 보통약관일반조항에서 정한 제24조(계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

제3절 제도성 특별약관

1. 이륜자동차운전및탑승중상해부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

④ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【부록-법 및 규정】 참조)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말합니다.

③ 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법 시행규칙 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 제1-1절 보통약관일반조항의 부활(효력회복) 규정에 따라 제1-1절 보통약관일반조항과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항, 제1-2절 보통약관보장조항 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 특정신체부위및질병보장제한부인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(제1-1절 보통약관일반조항, 제1-2절 보통약관보장조항 및 제2절 특별약관이 포함된 경우 그 특별약관을 포함합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않거나 해당계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사의 계약사정기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

【해설: 계약사정기준】

계약사정기준이란 계약인수시 계약자가 고지한 질병, 직업, 건강진단 결과 등을 토대로 보험가입 거절, 일부 보장 제외 및 보험금 삭감 등 조건부 인수 여부를 결정하는 기준을 말합니다.

③ 이 특별약관의 효력발생일은 제1-1절 보통약관일반조항 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제1-1절 보통약관일반조항, 제1-2절 보통약관보장조항 및 제2절 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 진단 확정된 질병을 원인으로 사망하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보상하여 드립니다.

1. 회사가 지정한 부위(이하 "특정신체부위"라 합니다)에 발생한 질병(【별표47】 참조) 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)(【별표47】 참조)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 "부담보 기간"이라 합니다)은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1개월부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간 전체"로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 "유사계약"이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신

체부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 새로운 위험에 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

④ 제2항에서 회사가 부담보 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 경우 최초계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 및 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑤ 제4항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음의 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑦ 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 부담보 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 부담보 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

⑨ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 6개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(계약 전 알릴 의무 위반시 부담보의 효과)

회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 다만, 회사가 보험계약 인수기준에 따라 조건부 등으로 인수가 가능한 경우 계약자의 동의를 얻어 부담보를 설정(이 특별약관을 부가)하여 계약을 유지할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항, 제1-2절 보통약관보장조항 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 보험료자동이체납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자가 지정하는 계좌(신용카드 포함) 또는 피보험자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌(신용카드 포함)를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자 또는 피보험자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자 또는 피보험자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 제1-1절 보통약관일반조항 제17조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(보험료 자동납입의 해지)

① 제1조(보험료의 납입)에 따라 보험료를 자동납입하는 경우 해당 계좌(신용카드 포함)의 예금주는 계약자의 동의 없이도 보험료의 자동납입을 해지할 수 있습니다.

② 보험료 자동납입의 해지 후 보험료가 납입기일까지 납입되지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항, 제1-2절 보통약관보장조항 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 제재위반 부담보 특별약관

보험회사는 담보, 보험금, 보상의 제공 또는 그러한 혜택을 제공함으로써 UN 결의안, 무역/경제 제재, EU나 영국 또는 미국의 법률이나 규정에 의한 제재나 금지 또는 제한을 받게 될 경우에는, 보험금을 지급하거나 어떤 혜택을 제공할 책임이 없습니다.

5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 제1-1절 보통약관일반조항, 제1-2절 보통약관보장조항 및 제2절 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)
① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)
① 계약자는 제1-2절 보통약관보장조항 또는 제2절 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정을 포함합니다)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족(민법 제777조(【부록-법 및 규정】 참조))

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)
① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)
지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단

을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항, 제1-2절 보통약관보장조항 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호(【부록-법 및 규정】 참조)에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항(【부록-법 및 규정】 참조)에서 규정한 장애인인 보험

【소득세법 제59조의4(특별세액공제)】

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)】

① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13., 2025. 2. 28>

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람
4. 삭제 <2025. 2. 28.>

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 1】
전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 2】
전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 3】
전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호(【부록-법 및 규정】 참조)에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【예시】
2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2019년 1월 15일 ~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일 ~ 2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우에는 당해 연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인 전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우, 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

7. 교통사고처리지원금(공탁금 선지급) 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

이 특별약관은 아래에 열거한 특별약관(이하 "교통사고처리지원금 관련 특별약관"이라 합니다) 중 한 가지 이상에 가입하였으며, 해당 특별약관이 유효한 계약에 대하여 적용합니다. 다만, 이 특별약관의 제2조(공탁금 지급에 대한 세부규정) 제2항에서 정한 지급사유를 이미 포함하고 있는 경우, 이 특별약관을 중복하여 적용하지 않습니다.

- (갱신형)운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
- (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
- (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
- (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
- (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관
- (갱신형)운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관
- (갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관

제2조(공탁금 지급에 관한 세부규정)

회사는 교통사고처리지원금 관련 특별약관의 보험금의 지급사유 중 공탁금 지급에 대하여 아래의 내용을 적용합니다.

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 교통사고처리지원금 관련 특별약관에서 정한 보장한도 금액(이하 "보장한도 금액"이라 합니다)을 한도로 보상합니다.

② 제1항에도 불구하고 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 회수제한을 조건으로 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 보장한도 금액의 70%를 한도로 공탁금액의 100%이내에서 피보험자가 요청한 금액을 가지급 보험금으로 지급합니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 보장한도 금액에서 가지급 보험금을 차감한 금액을 한도로 보상합니다.

③ 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체 없이 회사에 알리고 제2항에 의해 지급한 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

④ 피보험자가 제2항에 의해 지급한 가지급 보험금 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 피보험자는 회사 요청에 따라 공탁서 및 공탁금 출급 확인서 등 필요하다고 인정되는 서류를 제출하여야 합니다. 또한, 피보험자는 공탁금 지급사유 조사와 관련하여 서류 발급 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다.

⑤ 제4항에 따른 확인 결과 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 판단되거나 또는 피보험자가 제4항에 따른 회사의 서류제출 요청, 관공서조사 요청을 정당한 사유 없이 거부하는 경우, 피보험자는 제2항에 의해 수령한 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

제3조(가지급 보험금의 비례분담)

① 교통사고처리지원금 관련 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 가지급 보험금을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{가지급 보험금} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 교통사고처리지원금 관련 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 가지급 보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항 및 제2절의 교통사고처리지원금 관련 특별약관을 따릅니다.

8. 보험료 납입유예제도 특별약관

제1조(목적)

이 특약은 회사가 별도로 정하는 보험상품에 대하여 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 해당계약 : 이 특약이 부가된 보험계약을 말합니다. 이때, 보험계약은 계약에 부가된 모든 보장성보험을 말합니다.
2. 해당계약 보험료 : 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 "보험료"라 합니다)를 말합니다. 단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체 납입하기로 약정한 보험료는 제외합니다.

제3조(특별약관의 적용대상)

① 이 특별약관은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이 때, 출산은 유산 및 사산은 포함하지 않습니다.
2. 계약자 또는 계약자의 배우자가 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함합니다) 기간 중인 경우

【육아휴직】

육아휴직이란 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 국가공무원법 제71조(휴직)에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

【육아기 근로시간 단축】

육아기 근로시간 단축이란 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축), 국가공무원법 제26조2(근무시간의 단축 임용등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만 12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

② 제1항 제2호의 육아휴직은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가 공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

제4조(보험료 납입유예 신청에 관한 사항)

① 계약자는 해당계약 기본계약의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(특별약관의 적용대상)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 "납입유예"라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청시 보험료 납입이 유예될 기간(이하 "납입유예기간"이라 한다)을 「6개월 또는 12개월」 중 하나의 기간으로 선택해야합니다. 이때 납입유예기간은 해당계약 기본계약의 보험료 납입주기 이상으로 선택 가능합니다.

【납입유예기간 예시】

기본계약의 보험료 납입주기가 "연납"인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청할 수 없습니다.

1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조 제8항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성특약을 통해 납입유예를 신청한 경우를 포함)
2. 해당계약의 기본계약 보험료 납입이 완료된 계약(기본계약의 보험료가 납입면제된 계약 및 기본계약의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 기본계약의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
4. 보험료 납입 일시중지, 자동대출납입 또는 전액자동대체납입이 적용된 계약
5. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
6. 해당계약 기본계약의 잔여 납입기간(기본계약이 갱신형인 경우 기본계약 갱신일까지의 잔여 납입기간)이 2년 미만인 경우. 단, 기본계약의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예만 신청이 가능합니다.
7. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 "납입유예 보험료"라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금(단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 있는 경우 해당 금액을 해약환급금에서 차감합니다)을 초과하는 경우. 단, '납입유예기간 중 갱신형보험의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우'에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.
8. 납입유예기간 동안 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 적립부분 계약자적립액을 초과하는 날이 있는 경우

제5조(보험료 납입유예에 관한 사항)

① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 보험료의 납입이 유예된 기간(이하 "납입유예기간"이라 합니다) 동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.

② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 "납입유예 보험료 납입기간"이라 한다)동안 납입유예 보험료를 납입유예 보험료 납입기간의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 이때, 납입유예 보험료 납입기간의 보험료란 납입유예 신청 전의 해당 기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 "납입유예 보험료 납입기간 정상보험료"라 한다)를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 적립보험료의 경우 보험료 납입유예를 적용하지 않습니다. 즉, 납입유예기간 동안 적립보험료의 납입을 중지하며, 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일로부터 적립보험료의 납입을 재개합니다.

④ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형보험의 갱신일 도래시, 갱신형보험의 납입유예보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

【보험료 납입유예 예시】

※ 기본계약(비갱신형, 월납, 20년납), 3년 갱신형특약,
최초계약체결일 : 2024.01.01, 납입유예기간 : 1년 가정시

	납입유예기간(1년) (2026.8.1~2027.7.31)		납입유예보험료 납입기간 (1년)	

↑ ↑

계약체결일 (2024.1.1) 납입유예신청(2026.7.15)

구분	납입보험료	납입유예기간 (1년)	납입유예보험료 납입기간(1년)	납입유예 보험료
기본계약	20만원	2026.8.1 ~ 2027.7.31 (26.8.1부터 12회)	2027.8.1 ~2028.7.31 (매월 납입기일에 총 12회 납입)	20만원 x 12회
갱신형 특약	최초계약: 3만원 1회차 갱신계약: 4만원			최초계약: 3만원 x 5회 1회차갱신계약 : 4만원 x 7회

⑤ 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 제1-1절 보통약관일반조항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해당 계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 제1-1절 보통약관일반조항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서의 보험료는 "납입유예 보험료"를 포함하는 것으로 보며, "납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용"에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.

【납입최고(독촉)기간】

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

⑥ 제5항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 제1-1절 보통약관일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.

⑦ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 보험료 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 제1-1절 보통약관일반조항 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

⑧ 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑨ 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

⑩ 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납할인 대상에서 제외합니다.

⑪ 제9항 및 제10항의 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.

⑫ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간

및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑬ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출, 보험계약대출 및 중도부가서비스를 신청할 수 없습니다.

⑭ 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.

⑮ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다

제6조(보험료 납입유예 신청시 구비서류)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다.

1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 각 신청사유에 해당함을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
   나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1-1절 보통약관일반조항의 규정을 따릅니다.

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보통약관 및 특별약관의 보장관련 보험금	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 이 계약에서 정한 제1-1절 보통약관일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표2】 장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 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 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

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, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 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 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 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 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※주1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자)운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) '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.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 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 모

습)'으로 지급률을 가산한다.

12) '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
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
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(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실 양측 전정기능 감소 일측 전정기능 소실	14 10 4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상) 장기 통원치료(1년간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회미만)	6 4 2 0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	20 12 8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 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(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

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.

4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 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) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 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
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 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
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 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
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또

는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태

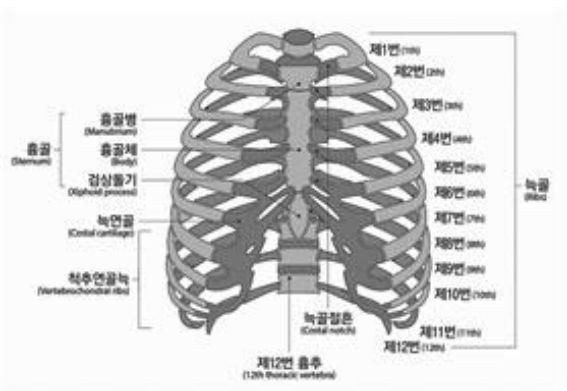
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

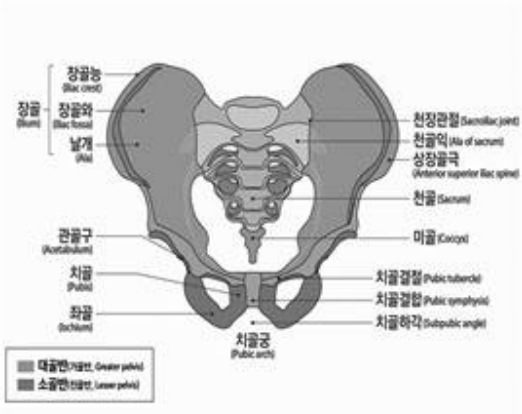
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

【가슴뼈】 【골반뼈】





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 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '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) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

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 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1

항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

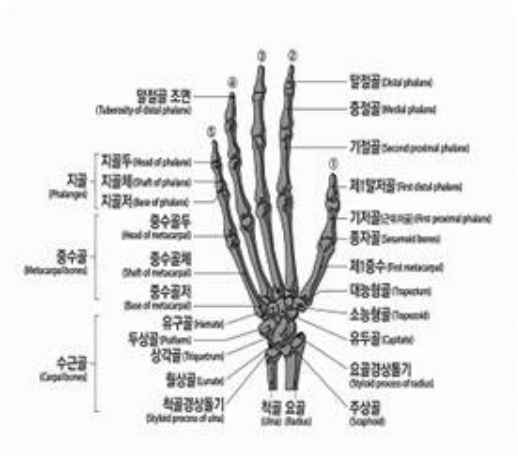
가. 장해의 분류

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) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

【손가락】



11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

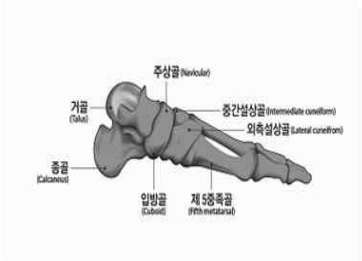
장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

【발가락】



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 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 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   가) "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.
   나) 위 가)의 경우 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목: ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반

복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 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.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표3】 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】 제자리신생물 분류표

① 약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
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

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 "불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물	C79
신장 및 신우의 이차성 악성신생물	C79.0
방광과 기타 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성신생물	C79.1
피부의 이차성 악성신생물	C79.2
뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성신생물	C79.4
골 및 골수의 이차성 악성신생물	C79.5
난소의 이차성 악성신생물	C79.6
부신의 이차성 악성신생물	C79.7
기타 명시된 부위의 이차성 악성신생물	C79.8
부위의 명시가 없는 악성신생물	C80

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주3) 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준에 대한 예시】

□ C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

□ C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】 통합암 분류표

① 약관에 규정하는 '통합암'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

암구분	대 상 질 병	분 류 코 드
특정소액암	1. 유방의 악성 신생물	C50
	2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
	3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
	4. 전립선의 악성 신생물	C61
	5. 방광의 악성 신생물	C67
특정소화기암	1. 식도의 악성 신생물	C15
	2. 위의 악성 신생물	C16
	3. 소장의 악성 신생물	C17
	4. 결장의 악성 신생물	C18
	5. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	6. 직장의 악성 신생물	C20
	7. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	8. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
4대특정암	1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	2. 담낭의 악성 신생물	C23
	3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	4. 췌장의 악성 신생물	C25
림프종 및 백혈병 관련암	1. 호지킨림프종	C81
	2. 소포성 림프종	C82
	3. 비소포성 림프종	C83
	4. 성숙T/NK-세포림프종	C84
	5. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	6. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	7. 악성 면역증식성 질환	C88
	8. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	9. 림프성 백혈병	C91
	10. 골수성 백혈병	C92
	11. 단핵구성 백혈병	C93
	12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	15. 진성 적혈구증가증	D45
	16. 골수형성이상증후군	D46
	17. 만성 골수증식질환	D47.1
	18. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	19. 골수섬유증	D47.4
	20. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
심장암 및 뇌암	1. 흉선의 악성 신생물	C37
	2. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	3. 수막의 악성 신생물	C70
	4. 뇌의 악성 신생물	C71
	5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
폐암	1. 기관의 악성 신생물	C33

	2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	3. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
4대특정암Ⅱ	1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	
	- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	2. 중피종	C45
	3. 카포시육종	C46
	4. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
12대특정암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	
	- 입술의 악성 신생물	C00
	- 혀뿌리의 악성 신생물	C01
	- 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	- 잇몸의 악성 신생물	C03
	- 입바닥의 악성 신생물	C04
	- 구개의 악성 신생물	C05
	- 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
	- 귀밑샘의 악성 신생물	C07
	- 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	- 편도의 악성 신생물	C09
	- 입인두의 악성 신생물	C10
	- 비인두의 악성 신생물	C11
	- 이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	- 하인두의 악성 신생물	C13
	- 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
	2. 비강, 중이, 부비동 및 후두의 악성 신생물	
	- 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	- 부비동의 악성 신생물	C31
	- 후두의 악성 신생물	C32
	3. 피부의 악성 흑색종	C43
	4. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	5. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	6. 여성생식기관의 악성 신생물	
	- 외음의 악성 신생물	C51
	- 질의 악성 신생물	C52
	- 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	- 난소의 악성 신생물	C56
	- 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	- 태반의 악성 신생물	C58
	7. 남성생식기관의 악성 신생물	
	- 음경의 악성 신생물	C60
	- 고환의 악성 신생물	C62
	- 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	8. 요로의 악성 신생물	
	- 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	- 신우의 악성 신생물	C65
	- 요관의 악성 신생물	C66
	- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	9. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	10. 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물	
	- 부신의 악성 신생물	C74
	- 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75

11. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	
- 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
- 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
- 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
- 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
- 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
12. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】 5대고액치료비암 분류표

① 약관에 규정하는 "5대고액치료비암"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70-72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81-96, D47.1, D47.5
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】 10대고액암 분류표

① 약관에 규정하는 "10대고액암"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
3. 담낭의 악성신생물	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
5. 췌장의 악성신생물	C25
6. 기관의 악성신생물	C33
7. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
8. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
9. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70~72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
10. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~96, D47.1, D47.5
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】 16대특정암 분류표

① 약관에 규정하는 "16대특정암"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 소장의 악성신생물	C17
3. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
4. 담낭의 악성신생물	C23
5. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
6. 췌장의 악성신생물	C25
7. 기관의 악성신생물	C33
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
9. 흉선의 악성신생물	C37
10. 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물	C38
11. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
12. 중피종	C45
13. 카포시육종	C46
14. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
15. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70~72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~96, D47.1, D47.5
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】 전이암 분류표

① 약관에 규정하는 '전이암'으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】 일반암진단케어프로그램 세부내용

구 분	서비스 내용
간호사 방문상담	- 암 치료과정 중에 발생할 수 있는 후유증과 합병증을 최소화하고 빠른 회복을 돕기 위한 전문간호사의 방문상담
간병인 지원	- 암 수술 및 치료를 위해 2,3차 병원 입원 시 간병인을 지원하여 환자의 회복 및 보호자의 피로도 경감에 기여 [1회 신청 시 최소이용기간: 4일]
차량 에스코트	- 암 수술 및 입원치료 후 퇴원 시 또는 통원치료 시 환자의 피로감 및 2차 상해(낙상) 예방을 위한 이동 서비스 제공
가사도우미	- 암 수술 또는 암으로 인한 입원치료 후 퇴원 시 회복에 전념하고 일상생활을 유지할 수 있도록 가사도우미 제공 [1회 – 3시간]
암특화 식단제공	- 암 환자들의 개인 체력증진을 위한 건강식단 제공 [주당 18끼를 3주간 제공]
심리상담	- 암 치료과정 중에 발생한 불안, 우울, 스트레스 등 심리상태의 해소를 위한 질환 진단케어 심리상담 (1회 – 50분) - APP을 활용한 화상심리상담 지원

※ 일반암진단케어프로그램 세부내용은 의료환경 변화 등 제공환경을 고려하여 다른 프로그램으로 변경되거나 제공조건이 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.

【별표13】 급여 항암방사선치료 분류표

약관에서 규정하는 "급여 항암방사선치료"로 분류되는 의료행위는 급여 항암방사선치료 분류표에 해당하는 진료행위를 말합니다(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다).

대 상 분 류	분류번호
1. 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	다-401
2. 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료	다-402
3. 치료 보조기구 고안 및 제작	다-403
4. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(계획)	다-404
5. 체내(체표면) 선량측정 Dosimetry	더-401
6. 체외조사 Teletherapy(1회당)	다-405
7. 회전조사 Rotational Irradiation	다-405-1
8. 입체조형치료(1회당)	다-406
9. 개봉선원 치료	다-407
10. 밀봉소선원치료	다-408
11. 전신조사(1회당) Total Body Irradiation	다-409
12. 전신피부전자선조사	다-410
13. 정위적 방사선 분할치료(1회당)	다-411
14. 체부 정위적 방사선수술(1회당)	다-412
15. 뇌 정위적 방사선수술	다-412-1
16. 양성자치료(1회당)	다-413
17. 세기변조 방사선치료(1회당)	다-414
18. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(치료)	다-415

【별표14】 급여 항암약물 분류표

약관에서 규정하는 "급여 항암약물치료"로 분류되는 의료행위는 급여 항암약물치료 분류표에 해당하는 약제를 투여하는 치료를 말합니다(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다).

약 효 분 류	분류번호
1. 부신호르몬제	245
2. 난포 및 황체호르몬제	247
3. 기타의 호르몬제(항호르몬제 포함)	249
4. 비타민 B제 (비타민 B1 제외)	313
5. 기타의 혈액 및 체액용약	339
6. 해독제	392
7. 따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
8. 항악성종양제	421
9. 기타의 종양치료제	429
10. 방사선 의약품	431
11. 주로 악성종양에 작용하는 것	617
12. 기타의 생물할적 제제, 항암면역요법제	639

【별표15】 신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드

약관에서 규정하는 "신경차단·파괴치료(급여)" 대상 수가코드로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위		의료행위 수가코드
신경차단술	지주막하 신경차단술	LA210
	경막외 신경차단술-일회성차단	LA321~LA323
	경막외 신경차단술-지속적차단	LA222~LA228
	경막외 저장기펌프 제거술	LA330
	뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340 LA341 LA232~LA234
	척수신경말초지차단술	LA241~LA245 LA247~LA249 LA346 LA347 LA270~LA276
	척수신경총, 신경근 및 신경정차단술	LA251 LA253 LA352~LA359
	교감신경총 및 신경절차단술	LA261 LA264 LA265 LA361 LA362 LA366 LA367
신경파괴술	지주막하 신경파괴술	LB310
	경막외 신경파괴술	LB320
	뇌신경 및 뇌신경말초지파괴술	LB331 LB333~LB336
	척수신경 및 말초지파괴술	LB341~LB346
	교감신경절 및 신경총 파괴술	LB351 LB353~LB355 LB412 LB413

【별표16】 뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌출혈"로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표17】 뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌졸중"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】 뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌혈관질환"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표19】 급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 "급성심근경색증"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】 허혈성심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 "허혈성심장질환"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】 32대질병 분류표

① 약관에 규정하는 "32대질병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

[5대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
신부전	신부전	N17~N19

[9대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
만성하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
결핵	결핵	A15-A19
	결핵의 후유증	B90
	- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
	- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
	- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
	- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*

결핵	- 결핵성 방광염(A18.11†) - 자궁경부의 결핵감염(A18.17†) - 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N33.0* N74.0* N74.1*
갑상선질환	갑상선의 장애 - 갑상선이상성 안구돌출(E05.0†) 처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E00-E07 H06.2* E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴 레지오넬라병 - 수두폐렴(J17.1*) - 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*) - 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) - 폐톡소포자충증(J17.3*)	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 A48.1 B01.2† B05.2† B25.0† B58.3†
급성췌장염	급성 췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 - 거대세포바이러스 췌장염(K87.1*) - 볼거리췌장염(K87.1*)	K86 K87 B25.2† B26.3†

[14대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
소화계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화계통의 양성 신생물	D13
중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D14 D15
비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌및중추신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선및내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
사구체질환	급성 신염증후군 급속 진행성 신염증후군 재발성 및 지속성 혈뇨 만성 신염증후군 신증후군 상세불명의 신염증후군 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 달리 분류되지 않은 유전성 신장 병증 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08 (N08.3 제외)

신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
신장및요관의 기타장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도장애	N37
	- 칸디다요도염(N37.0*)	B37.40†
	비뇨계통의 기타 장애	N39
	(결핵성 방광염(A18.11†)제외)	(N33.0 제외)
	(스트레스요실금 제외)	(N39.3 제외)
	(기타 명시된 요실금 제외)	(N39.4 제외)
특정 장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐쇄	K56
	장의 게실병	K57
담석증	담석증	K80
담낭담도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52

[4대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
여성생식기의 양성종양	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
남성생식기의 양성종양	남성생식기관의 양성 신생물	D29
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	(결핵 관절염(A18.01†) 제외)	(M01.1제외)
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	- 류마티스폐질환(M05.1+)	J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
생식기질환	남성 생식기관의 질환(남성 불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.08†
	- 볼거리고환염(N51.1*)	B26.0†

생식기질환	여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의결핵감염(N74.0) 제외) (여성결핵성골반염증질환(N74.1) 제외) 여성 생식관의 비염증성 장애 보장개시일로부터 2년이내 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외 달리 분류되지 않은 비뇨생식계 통의 처치후 장애	N70~N77 (N74.0제외) (N74.1제외) N80~N95 N99

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표22】 5대질환 분류표

① 약관에 규정하는 "5대질환"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병.사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상 질병	분류 코드
뇌질환	뇌혈관 질환	I60 ~ I69
심장관련 특정질환	급성 류마티스열	I00 ~ I02
	만성 류마티스 심장질환	I05 ~ I09
	허혈심장질환	I20 ~ I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26 ~ I28
	기타 형태의 심장병	I30 ~ I52
	수막알균성 심장병	A39.5†
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
간관련 특정질환	바이러스 간염	B15 ~ B19
	간의 질환	K70 ~ K77
	거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
폐관련 특정질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
	흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
신장관련 특정질환	신부전	N17 ~ N19

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】 알츠하이머병 분류표

① 약관에 규정하는 "알츠하이머병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 알츠하이머병	G30
2. 알츠하이머병에서의 치매(G30.-+)	F00

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】 파킨슨병 분류표

① 약관에 규정하는 "파킨슨병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 파킨슨병	G20
2. 파킨슨병에서의 치매(G20+)	F02.3

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】 대상포진 분류표

① 약관에 규정하는 "대상포진"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
대상포진	B02

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】 대상포진눈병 분류표

① 약관에 규정하는 "대상포진눈병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
대상포진눈병	B02.3

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】 통풍 분류표

① 약관에 규정하는 "통풍"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
통풍	M10

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】 루게릭병 분류표

① 약관에 규정하는 "루게릭병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 가족성 근위축측삭경화증	G12.20
2. 산발형 근위축측삭경화증	G12.21

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29】 말기폐질환 분류표

① 약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하부호흡기 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡기계통의 기타 질환	J95 ~ J99

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】 양성뇌종양 분류표

① 약관에 규정하는 "양성뇌종양"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
기타 및 상세불명의 내분비선의 양성신생물_뇌하수체	D35.2
기타 및 상세불명의 내분비선의 양성신생물_두개인두관	D35.3
기타 및 상세불명의 내분비선의 양성신생물_송과선	D35.4

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표31】 자동차사고부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

1. 상해 구분별 한도금액

상해 급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주(등골뼈) 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상・좌창・괴사상처 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 목뼈 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 목뼈고정기(할로베스트)나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해

	8. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행한 상해 11. 넓적다리뼈 윗목부 분쇄 골절, 돌기 아랫부분 분쇄 골절, 관절융기 분쇄 골절, 정강이뼈(경골) 관절융기 분쇄 골절 또는 정강이뼈 먼쪽 관절 내 분쇄 골절 12. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 팔다리 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 어깨관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 손목 부위 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈 골절(넓적다리뼈머리 골절은 제외한다) 14. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 무릎관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 발목관절의 손상으로 발목뼈의 완전탈구가 동반된 상해 18. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해

	3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)으로 수술을 시행한 상해 8. 위팔뼈목 골절 9. 위팔뼈 몸통 분쇄성 골절 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 노뼈 먼쪽 부위 골절과 자뼈머리 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 자뼈 몸쪽 부위 골절과 노뼈머리 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간 관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 손목뼈 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반뼈 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 무릎관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 목말뼈 또는 발꿈치뼈 골절 24. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 팔다리의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사상처 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 겹보임[복시(複視)]으로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절

	5. 상완 신경총 상부 몸통 또는 하부 몸통의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 위팔뼈 몸통 골절 7. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 상해 9. 노뼈 붓돌기 골절 10. 노뼈 먼쪽부위 관절 내 골절 11. 손목 손배뼈 골절 12. 손목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 넓적다리뼈 또는 몸쪽 정강이뼈의 견열골절 18. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 무릎뼈 골절 21. 발목관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 발목관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 발목뼈 골절(목말뼈 및 발꿈치뼈는 제외한다) 24. 발목발허리(리스프랑)관절 손상 25. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 26. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 6개 이상의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 팔다리의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐타박상(한쪽 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해

	7. 혈흉(혈액가슴증) 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 어깨관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 어깨관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 어깨관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 위팔뼈 대결절 견열 골절 13. 위팔뼈 먼쪽 부위 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 노뼈 몸통 또는 먼쪽 부위 관절외 골절 18. 노뼈목 골절 19. 자뼈 팔꿈치머리 부위 골절 20. 자뼈 몸통 골절(몸쪽 부위 골절은 제외한다) 21. 다발성 손목손허리뼈 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 무릎관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 무릎관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상(반달모양) 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 발목관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 먼쪽 정강이뼈·종아리뼈 분리 28. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 3개 이상 5개 이하의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절 2. 겹보임을 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골(빗장뼈) 골절 6. 어깨뼈(어깨뼈가시, 어깨뼈몸통, 가슴우리 탈구, 어깨뼈목, 봉우리돌기 및 부리돌기 포함) 골절 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 자뼈 붓돌기 기저부 골절
	11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상

	해 13. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 손배뼈 외 손목뼈 골절 15. 손목 부위 손배뼈·반달뼈 사이 인대 파열 16. 손목손허리뼈 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 손허리뼈 골절 18. 손허리손가락관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 종아리뼈 몸통 골절 또는 뼈머리 골절 23. 발목관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 발목관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈 등의 얼굴 머리뼈 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 갈비뼈 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 가로돌기) 또는 후궁 골절 9. 어깨관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절 내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 손허리뼈 골절 13. 손가락뼈의 몸쪽 손가락뼈 사이 또는 먼쪽 손가락뼈 사이 골절 탈구 14. 다발성 손가락뼈 골절 15. 무지 손허리손가락관절 측부인대 파열 16. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 무릎관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해
	19. 손발가락뼈 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 팔다리의 근육 또는 힘줄 파열로 하나 또는 두 개의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상

	해 21. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 팔다리의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 팔다리의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 팔다리의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 갈비뼈 골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 복장뼈(흉골) 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 손가락뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 손가락관절 탈구 12. 무릎관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 손가락·발가락 폄근힘줄 1개의 파열로 힘줄 봉합술을 시행한 상해 18. 팔다리의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 얼굴 부위 찢김상처(열상) 2. 안검과 누소관 찢김상처로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 찢김상처로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 어깨관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 손발가락관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 다리 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕

	2. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 손가락뼈 골절 또는 손가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 얼굴 부위 찢김상처 3. 척추 염좌 4. 팔다리 관절의 근육 또는 힘줄의 단순 염좌 5. 팔다리의 찢김상처로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 팔다리 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 찢김상처로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 갈비뼈 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 손발가락 관절 염좌 3. 팔다리의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

2. 영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다. 다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다. 라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다. 마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소

		피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 얼굴 부위는 1등급 상위등급을 적용하고, 손 부위, 발 부위에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
머리		가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 머리뼈안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 머리뼈 골절(머리뼈 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌 타박상을 말한다. 나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다. 다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다. 라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다. 마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다. 바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다. 사. 두피 타박상, 찢김상처(열창)는 14급으로 본다. 아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 부상 및 질병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부		심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심장막액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추		가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다. 나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다. 다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다. 라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
팔·다리	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 팔다리 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다. 나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다. 다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명확하게 기록되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다. 라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다. 마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다. 바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을

		적용한다. 사. 아절단은 완전 절단에 준한다. 아. 관절 분리절단의 경우는 상위부 절단으로 본다. 자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다. 차. 팔다리 근육 또는 힘줄의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근육 또는 힘줄의 단순 염좌(12급)로 본다. 카. 팔다리 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다. 타. 보존적으로 치료한 팔다리 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다. 파. 수술을 시행한 팔다리 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다. 하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다 거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상(선모양) 골절이 아닌 골절선으로 판단한다. 너. 손발가락 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다. 더. "근육(근), 힘줄(건), 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다. 러. 팔다리뼈 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 팔다리뼈 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 개방정복(피부와 근육 절개 후 골절된 뼈를 바로잡는 시술을 말한다)을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다. 머. 팔다리뼈 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다. 버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다. 서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
	팔	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다. 나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다. 다. 6급의 어깨관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 동시 확인된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
	다리	가. 양측 두덩뼈가지(치골지) 골절, 두덩뼈(치골) 위아래 가지 골절 등에서는 병급하지 않는다. 나. 엉치뼈 골절, 꼬리뼈 골절은 골반뼈 골절로 본다. 다. 무릎관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다. 라. 후경골건 및 전경골건 파열은 발목관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다. 마. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈・종아리뼈의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인

		대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다. 바. 정강이뼈 후과의 단독 골절 시 발목관절 내과 또는 외과의 골절로 본다. 사. 엉덩관절이란 넓적다리뼈머리와 골반뼈의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다. 아. 불안정성 골반 골절은 골반고리를 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다. 자. "다리의 3대 관절"이란 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절을 말한다. 차. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다. 카. 골반고리가 안정적인 골반뼈의 수술을 시행한 골절은 두덩뼈 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표32】 낙상분류표

① 약관에 규정하는 "낙상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
얼음 또는 눈에 의한 동일 면상에서의 낙상	W00
미끄러짐, 걸림 및 헛디딤에 의한 동일 면상에서의 낙상	W01
스케이트, 스키, 롤러-스케이트 또는 스케이트보드에 의한 낙상	W02
타인과 충돌이나 타인의 밀치기에 의한 동일면상에서의 기타 낙상	W03
타인에 의한 운반이나 지지를 받는 동안의 낙상	W04
휠체어가 관여된 낙상	W05
침대가 관여된 낙상	W06
의자가 관여된 낙상	W07
기타 가구가 관여된 낙상	W08
운동장비가 관여된 낙상	W09
계단에서의 낙상	W10
사다리에서의 낙상	W11
비계발판에서의 낙상	W12
빌딩 또는 구조물에서의 낙상	W13
나무에서의 낙상	W14
절벽에서의 낙상	W15
익사 및 익수 이외 손상의 원인인 물로 다이빙 또는 뛰어듬	W16
기타 한 면에서 다른 면으로 넘어짐	W17
동일면상에서의 기타 낙상	W18
상세불명의 낙상	W19

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33】 골절(치아파절제외)진단지급률표

① 약관에 규정하는 "골절(치아파절제외)"로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 골 절	분류코드	지급률
1. 두개원개의 골절(치아파절제외)	S02.0(S02.5제외)	10%
2. 두개저의 골절	S02.1	10%
3. 비골(코뼈)의 골절	S02.2	10%
4. 안와(눈확) 바닥의 골절	S02.3	5%
5. 광대뼈 및 상악골(위턱뼈)의 골절	S02.4	15%
6. 하악골(아래턱뼈)의 골절	S02.6	10%
7. 두개골(머리뼈) 및 안면골을 침범하는 다발골절	S02.7	25%
8. 기타 두개골(머리뼈) 및 안면골의 골절	S02.8	25%
9. 두개골(머리뼈) 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9	25%
10. 얼굴의 으깸손상	S07.0	5%
11. 두개골(머리뼈)의 으깸손상	S07.1	5%
12. 머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8	5%
13. 머리의 상세불명 부분의 으깸손상	S07.9	3%
14. 머리의 상세불명의 손상	S09.9	3%
15. 제1경추의 골절	S12.0	12%
16. 제2경추의 골절	S12.1	12%
17. 기타 명시된 경추의 골절	S12.2	12%
18. 경추의 다발골절	S12.7	25%
19. 목의 기타 부분의 골절	S12.8	12%
20. 목의 상세불명 부분의 골절	S12.9	6%
21. 흉추의 골절	S22.0	5%
22. 흉추의 다발골절	S22.1	15%
23. 흉골(복장뼈)의 골절	S22.2	5%
24. 늑골(갈비뼈)골절	S22.3	5%
25. 늑골(갈비뼈)의 다발골절	S22.4	15%
26. 동요가슴	S22.5	12%
27. 골성 흉곽의 기타 부분의 골절	S22.8	12%
28. 골성 흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9	6%
29. 요추의 골절	S32.0	12%
30. 천골(薦骨)의 골절	S32.1	12%
31. 미추의 골절	S32.2	10%
32. 장골의 골절	S32.3	12%
33. 절구의 골절	S32.4	12%
34. 치골의 골절	S32.5	12%
35. 요추 및 골반의 다발골절	S32.7	25%
36. 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S32.8	25%
37. 쇄골(빗장뼈)의 골절	S42.0	15%
38. 견갑골(어깨뼈)의 골절	S42.1	10%
39. 상완골 상단의 골절	S42.2	10%
40. 상완골 몸통의 골절	S42.3	10%
41. 상완골 하단의 골절	S42.4	10%

42. 쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈) 및 상완골의 다발골절	S42.7	25%
43. 어깨 및 위팔의 기타 부분의 골절	S42.8	25%
44. 견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9	5%
45. 척골 상단의 골절	S52.0	6%
46. 요골 상단의 골절	S52.1	6%
47. 척골 몸통의 골절	S52.2	6%
48. 요골 몸통의 골절	S52.3	6%
49. 척골과 요골 모두의 몸통 골절	S52.4	15%
50. 요골하단의 골절	S52.5	6%
51. 척골과 요골 모두의 하단 골절	S52.6	15%
52. 아래팔의 다발골절	S52.7	15%
53. 아래팔의 기타 부분의 골절	S52.8	6%
54. 아래팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9	3%
55. 손 주상골의 골절	S62.0	6%
56. 기타 수근골의 골절	S62.1	6%
57. 제1중수골의 골절	S62.2	6%
58. 기타 중수골 골절	S62.3	6%
59. 중수골의 다발골절	S62.4	15%
60. 엄지손가락의 골절	S62.5	3%
61. 기타 손가락의 골절	S62.6	3%
62. 손가락의 다발골절	S62.7	10%
63. 손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S62.8	15%
64. 대퇴골 경부의 골절	S72.0	25%
65. 대퇴골 전자부 골절	S72.1	18%
66. 전자하 골절	S72.2	18%
67. 대퇴골 몸통의 골절	S72.3	18%
68. 대퇴골 하단의 골절	S72.4	18%
69. 대퇴골의 다발골절	S72.7	40%
70. 대퇴골의 기타 부분의 골절	S72.8	18%
71. 대퇴골의 상세불명 부분의 골절	S72.9	9%
72. 무릎뼈의 골절	S82.0	10%
73. 경골 상단의 골절	S82.1	10%
74. 경골 몸통의 골절	S82.2	10%
75. 경골 하단의 골절	S82.3	10%
76. 비골(종아리뼈)만의 골절	S82.4	10%
77. 안쪽복사의 골절	S82.5	10%
78. 외측복사의 골절	S82.6	10%
79. 아래다리의 다발골절	S82.7	25%
80. 아래다리의 기타 부분의 골절	S82.8	10%
81. 아래다리의 상세불명 부분의 골절	S82.9	5%
82. 종골의 골절	S92.0	6%
83. 거골의 골절	S92.1	6%
84. 기타 족근골의 골절	S92.2	6%
85. 중족골의 골절	S92.3	6%
86. 엄지 발가락의 골절	S92.4	3%
87. 기타 발가락의 골절	S92.5	3%
88. 발의 다발골절	S92.7	15%
89. 발의 상세불명 골절	S92.9	3%
90. 목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0	12%

91. 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	T02.1	12%
92. 한 쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.2	10%
93. 한 쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.3	10%
94. 양측 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.4	10%
95. 양측 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.5	10%
96. 다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.6	10%
97. 아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7	12%
98. 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8	18%
99. 상세불명의 다발성 골절	T02.9	18%
100. 척추의 상세불명 부위의 폐쇄성 골절	T08.0	12%
101. 팔의 상세불명 부위의 폐쇄성 골절	T10.0	10%
102. 다리의 상세불명 부위의 폐쇄성 골절	T12.0	10%
103. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2	18%

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】 골절(치아파절제외) 분류표

① 약관에 규정하는 "골절(치아파절제외)"로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 골 절	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절제외)	S02(S02.5제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표35】 골절 분류표

① 약관에 규정하는 "골절"로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 골 절	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】 5대골절 분류표

① 약관에 규정하는 "5대골절"로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 골 절	분류코드
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표37】 화상 분류표

① 약관에 규정하는 "화상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 화 상	분류코드
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표38】 중대한특정상해 분류표

① 약관에 규정하는 "중대한 특정상해"로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대상 중대한 특정 상해		분류코드
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	1. 심장의 손상 2. 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상 3. 복강내 기관의 손상 4. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S26 S27 S36 S37

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표39】 탈구, 관절 및 인접근육의 염좌 및 과긴장 분류표

① 약관에 규정하는 탈구, 염좌 및 과긴장으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
2. 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
3. 흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
4. 흉부부위의 근육 및 힘줄의 손상	S29.0
5. 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
6. 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
7. 팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
8. 손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
9. 고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
10. 대퇴사두근의 근육 및 힘줄의 손상	S76.1
11. 무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
12. 아킬레스힘줄의 손상	S86.0
13. 발목 및 발부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
14. 여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
15. 몸통의 상세불명의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T09.2
16. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T11.2
17. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T13.2
18. 상세불명의 신체부위의 탈구, 염좌 및 긴장	T14.3
19. 상세불명의 신체부위의 근육 및 힘줄의 손상	T14.6
20. 외상성 근육허혈	T79.6

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40】 상해 척추손상 분류표

① 약관에 규정하는 상해 척추손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 코 드
1. 목의 골절	S12
2. 경추간판의 외상성 파열	S13.0
3. 경추의 탈구	S13.1
4. 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
5. 목의 다발탈구	S13.3
6. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
7. 흉추의 골절	S22.0
8. 흉추의 다발골절	S22.1
9. 요추의 골절	S32.0
10. 천골(薦骨)의 골절	S32.1
11. 미추의 골절	S32.2
12. 요추 및 골반의 다발골절	S32.7
13. 요천추의 상세불명 부분의 골절	S32.83
14. 요추간판의 외상성 파열	S33.0
15. 요추의 탈구	S33.1
16. 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S33.3

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41】 상해 관절(무릎·고관절)손상 분류표

① 약관에 규정하는 상해 관절(무릎·고관절)손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병		분 류 코 드
무릎관절	1. 무릎뼈의 골절	S82.0
	2. 경골 상단의 골절	S82.1
	3. 무릎의 탈구	S83.1
	4. 현존 반달연골의 찢김	S83.2
	5. .외측측부인대의 파열	S83.42
	6. 내측측부인대의 파열	S83.43
	7. 전십자인대의 파열	S83.52
	8. 후십자인대의 파열	S83.53
	9. 현존 무릎관절연골의 찢김	S83.3
	10. 무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7
고관절	11. 대퇴골 경부의 골절	S72.0
	12. 대퇴골전자부골절	S72.1
	13. 전자하골절	S72.2
	14. 고관절의 탈구	S73.0

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표42】 급여상해CT검사분류표

① 약관에 규정하는 "급여 상해 CT검사"으로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
일반 전산화단층촬영진단	
주 : 1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 CT 유도 비용은	HA851
각 항목의 조영제를 사용하지 않는 경우(흉부	HA801
및 복부는 조영제를 사용하지 않는 경우-기타의	HA805
경우) 소정점수에 의하여 산정한다.	HA809
다만, 중재적 시술시 이용한 CT 유도 비용은	HA813
제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다.	HA853
	HA834
	HA835
	HA856
	HA857
	HA858
	HA859
가. 두부	
(1) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA451
(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA461
(3) 특수검사	
(가) 이중시기 또는 삼중시기	HA511
(나) 삼차원 CT	HA521
(다) CT 혈관조영	HA531
(라) Cine CT	HA551
(마) 뇌조 CT	HA561
(4) 제한적 CT	HA441
나. 안면 및 두개기저	
(1) 안와	
(가) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA401
(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA402
(다) 특수검사	
1) 이중시기 또는 삼중시기	HA501
2) 삼차원 CT	HA502
3) CT 혈관조영	HA503
(라) 제한적 CT	HA404
(2) 부비동	
(가) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA405
(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA406
(다) 특수검사	
1) 이중시기 또는 삼중시기	HA504

2) 삼차원 CT	HA505
3) CT 혈관조영	HA506
(라) 제한적 CT	HA408
(3) 측두골	
(가) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA409
(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA410
(다) 특수검사	
1) 이중시기 또는 삼중시기	HA507
2) 삼차원 CT	HA508
3) CT 혈관조영	HA509
(라) 제한적 CT	HA412
(4) 기타	
(가) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA413
(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA414
(다) 특수검사	
1) 이중시기 또는 삼중시기	HA591
2) 삼차원 CT	HA592
3) CT 혈관조영	HA593
4) 뇌조 CT	HA594
(라) 제한적 CT	HA416
다. 경부	
(1) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA453
(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA463
(3) 특수검사	
(가) 이중시기 또는 삼중시기	HA513
(나) 삼차원 CT	HA523
(다) CT 혈관조영	HA533
(4) 제한적 CT	HA443
라. 흉부	
(1) 조영제를 사용하지 않는 경우	
(가) 고해상력	HA424
(나) 기타의 경우	HA434
(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA464
(3) 특수검사	
(가) 이중시기 또는 삼중시기	HA514
(나) 삼차원 CT	HA524
(다) CT 혈관조영	HA534
(라) Cine CT	HA554
(4) 제한적 CT	HA444
마. 복부	
(1) 조영제를 사용하지 않는 경우	
(가) 요로결석 의심	HA425
(나) 기타의 경우	HA435

(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA465
(3) 특수검사	
(가) 이중시기 또는 삼중시기	HA515
(나) 삼차원 CT	HA525
(다) CT 혈관조영	HA535
(4) 제한적 CT	HA445
바. 척추	
(1) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA456
주 : "경추, 흉추, 요추 부위"를 동시 촬영하거나	HA459
"경추, 요추"를 동시 촬영한 경우에는	
1,117.99점을 산정한다.	
(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA466
주 : "경추, 흉추, 요추 부위"를 동시 촬영하거나	HA469
"경추, 요추"를 동시 촬영한 경우에는	
1,614.14점을 산정한다.	
(3) 특수검사	
주 : "경추, 흉추, 요추 부위"를 동시 촬영하거나	HA519
"경추, 요추"를 동시 촬영한 경우에는	HA529
1,790.76점을 산정한다.	HA539
	HA549
(가) 이중시기 또는 삼중시기	HA516
(나) 삼차원 CT	HA526
(다) CT 혈관조영	HA536
(라) 관절 관 또는 강내조영촬영	HA546
(4) 제한적 CT	HA446
주 : "경추, 흉추, 요추 부위"를 동시 촬영하거나	HA449
"경추, 요추"를 동시 촬영한 경우에는 837.31점을 산정한다.	
사. 상지	
(1) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA457
(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA467
(3) 특수검사	
(가) 이중시기 또는 삼중시기	HA517
(나) 삼차원 CT	HA527
(다) CT 혈관조영	HA537
(라) 관절강내조영촬영	HA547
(마) Cine CT	HA557
(4) 제한적 CT	HA447
아. 하지	
(1) 조영제를 사용하지 않는 경우	HA458
(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]	HA468
(3) 특수검사	
(가) 이중시기 또는 삼중시기	HA518
(나) 삼차원 CT	HA528

(다) CT 혈관조영	HA538
(라) 관절강내조영촬영	HA548
(마) Cine CT	HA558
(4) 제한적 CT	HA448
Cone Beam 전산화단층영상진단	
가. 일반	HA496
나. 3차원 CT, 관절강내조영촬영	HA497

② 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표

① 보장되는 수술시술코드 및 수술시술종류

구분	수술 및 시술명	수술시술코드	수술시술종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(외상제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092	6

	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로 조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상 관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상 관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술(종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무	C064	1

	관), 양쪽		
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2

타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	184. 기타 폐 수술	E014	7
	185. 종격동 수술	E015	7
	186. 주요 흉곽 수술	E016	7
	187. 기타 흉곽 수술	E017	3
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	192. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	193. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술 흉막삼출 배액술	194. 폐농양 배액술	E520	1
	195. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	197. 자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	198. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	199. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	200. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
심장판막 수술(심도자술 미사용)	201. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	202. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4

급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 포함)	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	236. 심질빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절절제 미동반)	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	266. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4

	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술(림프절절제 동반)	283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
결장절제술(림프절절제 미동반)	285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	288. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	290. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	291. 장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	292. 장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	294. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	295. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요 치핵 수술	G271	1
	314. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	316. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	317. 주요 치루 수술	G291	1
	318. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장 질루 수술	G311	1
	321. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	327. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1

결장경 시술	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우) 329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우) 330. 결장경 시술, 당일퇴원	G523 G524 G525	1 1 1
구불결장경 시술	331. 구불결장경 시술 332. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G531 G532	1 1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술 339. 기타 간담도 복합수술	H021 H022	7 5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술 342. 개복에 의한 주요 간 절제술 343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술 344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H041 H042 H043 H044	7 7 5 5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술 346. 개복에 의한 간 수술	H051 H052	4 4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반) 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반) 349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반) 350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반) 351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H071 H072 H081 H082	7 7 5 5
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술 353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H091 H092	5 5
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반) 355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반) 356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반) 357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반) 358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반) 359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반) 360. 복강경을 이용한 담낭절제술(충수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반) 361. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H101 H102 H103 H104 H105 H106 H107 H108	4 4 4 4 4 4 4 4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술 363. 개복에 의한 췌장절제술	H111 H112	7 7
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술 365. 개복에 의한 췌장 수술	H121 H122	4 4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술 367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술 368. 기타 간담도 및 췌장 수술 369. 경피적 담관경 시술 370. 경피적 담관 시술	H142 H143 H144 H145 H146	3 1 3 3 3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외) 372. 담도협착을 위한 경피적 시술 373. 담석제거를 위한 경피적 시술 374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반 375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H152 H154 H155 H156 H157	3 3 3 6 6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3

액술			
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우) 380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I011 I012	4 3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술 382. 고관절 전치환술 383. 고관절 부분치환술	I021 I022 I023	4 4 4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술 385. 슬관절 전치환술 386. 슬관절 부분치환술	I031 I032 I033	3 3 3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술 388. 기타 관절 전치환술 389. 기타 관절 부분치환술 390. 인공관절삽입물 제거술	I041 I042 I043 I044	2 2 2 2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내 종양절제술 393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반) 394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반) 395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I061 I062 I063 I064	6 6 6 6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술 397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반) 398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I071 I072 I073	5 5 5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반) 400. 척추고정술(척수병증 미동반) 401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반) 402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반) 403. 기타 척추 수술(척수병증 동반) 404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I081 I082 I083 I084 I085 I086	4 4 2 2 1 1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우) 406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I091 I092	1 1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술 408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I101 I102	3 1
절단술	409. 주요 절단술 410. 기타 절단술	I111 I112	7 3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반) 412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골) 413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타) 414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I121 I122 I123 I124	7 7 7 2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골) 416. 골수염 및 농양 수술(기타) 417. 근농양 배농술	I131 I132 I133	2 1 1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술 419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I141 I142	3 2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외) 422. 단단성형술(수족지)	I171 I172	2 2
견부 수술	423. 회전근개 수술 424. 관절와순 수술 425. 복수 진단 견부 수술 426. 기타 견부 수술	I181 I182 I183 I184	1 1 1 1
슬부 수술	427. 십자인대 수술 428. 반달연골 수술, 양쪽 429. 반달연골 수술, 한쪽 430. 기타 슬관절 수술	I191 I192 I193 I194	1 1 1 1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술 433. 족관절 골연골 병변 수술 434. 기타 족부 및 족관절 수술	I211 I212 I213	1 1 1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요 완관절 및 수부 수술 437. 단순 완관절 및 수부 수술	I251 I252	1 1

미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관 조직이식	I261	3
	439. 기타 피판술	I262	2
	440. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4

내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	499. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악성종양 수술	500. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성종양 제외 수술	502. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	504. 기타 갑상선 수술	K080	1
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	505. 복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	506. 개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	507. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	510. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	511. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	512. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	513. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	514. 전립선 신생물 수술	L026	4
	515. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7
신장 및 신우 수술	516. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	517. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	518. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	519. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관 수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	522. 경피적 방광 수술	L052	2
	523. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	525. 주요 요도 수술	L071	1
	526. 요도경하 요도 수술	L072	1
	527. 기타 요도 수술	L073	1
	528. 복잡 요실금 수술	L074	1
	529. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	531. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	532. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	533. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	534. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	536. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	538. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	540. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	544. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	545. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요 전립선 적출술	M021	4
	551. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡 음경 수술	M041	1

	554. 단순 음경 수술	M042	1
	555. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	556. 포경 수술	M050	1
요도 수술	557. 주요 요도 수술	M061	1
	558. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡 음낭 수술	M071	1
	560. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	562. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	563. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	565. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	566. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	568. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	570. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	571. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	573. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	574. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	575. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	576. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	577. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술(악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	579. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술(악성종양 제외)	580. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	581. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	583. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	584. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	585. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	587. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	589. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	595. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	606. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	608. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4

	612. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	613. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	614. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	620. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	622. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	625. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	627. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타 손상의 수술	X060	1
중증 화상(피부 이식 동반)	629. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부 이식 혹은 흡입손상을 동반)	630. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60" ~ "99"에 해당하는 경우

【예시】

「ADRG」가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 「ADRG」

ADRG	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)

E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)

R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

③「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 "Error DRG" 및 "960 DRG"

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ "Error DRG"라 함은 "주진단 범주(MDC)"와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【예시】

거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ "960 DRG"라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는「수술시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표44】 "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용

소송목적의 값	변호사비용
300만원까지 부분	30만원
300만원을 초과하여 2,000만원까지 부분 [30만원 + (소송목적의 값 - 300만원) × (10/100)]	10%
2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분 [200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × (8/100)]	8%
5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분 [440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × (6/100)]	6%
1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분 [740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × (4/100)]	4%
1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분 [940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × (2/100)]	2%
2억원을 초과하여 5억원까지 부분 [1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × (1/100)]	1%
5억원을 초과하는 부분 [1,340만원+ (소송목적의 값 - 5억원) × (0.5/100)]	0.5%

주) "변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표45】 "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억 미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억 ~ 10억 미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억 이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

주) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용합니다. "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표46】 "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료

구분	심급별	송달료
민사소송	민사1심 소액	104,000원
	민사1심 단독	156,000원
	민사1심 합의	156,000원
	항소심	124,800원
	상고심	83,200원

주) "송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령"에서 정한 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표47】 특정신체부위 및 질병분류표

Ⅰ. 특정신체부위

구분	특정신체부위
1	위.십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기)포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당 신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

Ⅱ. 특정질병

① 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
51	담석증	K80 담석증
52	요로결석증	N20 신장 및 요관의 결석 N21 하부 요로의 결석 N22 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 N23 상세불명의 신장 급통증
53	관절증 및 류마티스 관절염	M05 혈청검사 양성인 류마티스 관절염 M06 기타 류마티스 관절염 M08 연소성 관절염 M13 기타 관절염 M15 다발성 관절증 M16 고관절증 M17 무릎관절증 M18 제1수근중수관절의 관절증 M19 기타 관절증
54	척추질환	M47 척추증 M48.0 척추 협착 M50 경추간판장애 M51 기타추간판장애 M54 등통증
55	골반염	N73 기타 여성 골반의 염증 질환 N74 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증 장애
56	자궁내막증	N80 자궁내막증
57	자궁근종	D25 자궁의 평활근종
58	연골증	M91 고관절 및 골반의 연소성 골연골증 M92 기타 연소성 골연골증 M93 기타 골연골병증 M94 연골의 기타 장애

주1) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【부록】 '표적항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내

○ **아래 안내장은 "표적항암제"에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**
○ 아래 '표적항암제' 해당 의약품명 및 성분명은 2022년5월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, **처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.**
○ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서의 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

○ 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
○ 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
○ 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '표적항암제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체) 벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 벨케이드주(보르테조밉삼합체) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 테조벨주(보르테조밉삼합체) 프로테조밉주(보르테조밉삼합체) 프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 화이자보르테조밉주3.5mg(보르테조밉일수화물)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
13	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)(5mg/1정)
		에베로즈정 10밀리그램
		에베로즈정 2.5밀리그램
		에베로즈정 5밀리그램
14	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
15	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
16	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	익사조밉시트레이트	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	ixazomib	닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
18	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
19	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
20	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
21	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
		린파자정 100밀리그램(올라파립)
		린파자정 150밀리그램(올라파립)
22	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
23	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
24	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
25	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
26	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
27	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
28	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
29	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
30	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
31	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
32	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
33	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
34	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
35	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
36	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
37	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
38	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
39	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
40	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
41	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
42	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
43	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
44	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
45	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
46	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙,유전자재조합)
47	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
48	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
49	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
50	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
51	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
52	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
53	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
54	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
55	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
56	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
57	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
58	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
59	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
60	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
61	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
62	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
63	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
64	다코미티닙 dacomitinib hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
65	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립숙신산염)
66	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
67	라로트렉티닙 larotrctinib	비트락비액(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
68	레이저티닙 Lazertinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
69	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
70	이사툭시맙 Isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
71	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주
72	탈라조파립 Talazoparib	탈제나캡슐1mg
		탈제나캡슐0.25mg
73	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정 25mg
		로비큐아정 100mg
74	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5mg
75	아미반타맙 Amivantamab 350mg	리브리반트주
76	소토라십 Sotorasib	루마크라스정 120mg
77	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
78	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
79	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
80	테포티닙염산염수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
81	프랄세티닙분무건조분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
82	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
83	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
84	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
85	퍼투주맙/트라스투주맙 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
86	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)

【부록】 '특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내

○ **아래 안내장은 '특정면역항암제'에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**

○ 아래 '특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명은 2022년5월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, **처방된 항암제의 '특정면역항암제' 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.**

○ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서의 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

○ 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

○ 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

○ 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '특정면역항암제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문 억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합
	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙)
		임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물 중합체 항암치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximabvedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumabozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumabozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베도틴 PolatuzumabVedotin	폴라이비주

【부록】 '특정항암호르몬치료제' 해당 의약품명 및 성분명 안내

○ **아래 안내장은 '특정항암호르몬치료제'에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.**

○ 아래 '특정항암호르몬치료제' 해당 의약품명 및 성분명은 2022년11월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, **처방된 항암제의 '특정항암호르몬치료제' 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.**

○ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서의 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

○ 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

○ 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

○ 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '특정항암호르몬치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	아나스토정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스트로졸)
		아리미스타정(아나스트로졸)
		아트로졸정(아나스트로졸)
		에이덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
		페미젯정1밀리그램(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	비카루드정(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타미드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
		피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)

		풀베트주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		트로젯정2.5밀리그램(레트로졸)
		레트론정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
		에스마라정(레트로졸)
12	류프로렐린 leuprorelin (leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		동국초산류프로렐린
		루크린데포주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린데포주3.75밀리그램(류르로렐린아세트산염)
		루크린데포피디에스주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린데포피디에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린데포피디에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루크린주(류프로렐린아세트산염)
		애니젠류프로렐린아세트산염
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
		사야나주104mg/0.65mL(메드록시프로게스테론아세테이트)
		프로베라정10mg(메드록시프로게스테론아세트이트)
		프로베라정2.5mg(초산메드록시프로게스테론)
		프로베라정5mg(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트)

		애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메가프렉스정40밀리그램(초산메게스트롤)
		메가프렉스정160밀리그램(초산메게스트롤)
		대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원초산메게스트롤현탁액
		메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게스타현탁액(초산메게스트롤)
		메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트)
		비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤)
		애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		제이트현탁액(메게스트롤아세테이트)

【부록-법 및 규정】 약관에서 인용된 법·규정

[법규1] 전자서명법
[법규2] 상법 시행령
[법규3] 상법
[법규4] 의료법
[법규5] 민법
[법규6] 금융소비자 보호에 관한 법률(약칭: 금융소비자보호법)
[법규7] 보험업법 시행령
[법규8] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)
[법규9] 국민건강보험법
[법규10] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(약칭: 건강보험요양급여규칙)
[법규11] 의료급여법
[법규12] 선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준
[법규13] 자동차관리법 시행규칙
[법규14] 자동차손해배상보장법 시행령(약칭: 자동차손배법 시행령)
[법규15] 여객자동차 운수사업법 시행령(약칭: 여객자동차법 시행령)
[법규16] 건축법시행령
[법규17] 의료법 시행규칙
[법규18] 응급의료에 관한 법률
[법규19] 응급의료에 관한 법률 시행규칙(약칭: 응급의료법 시행규칙)
[법규20] 형법
[법규21] 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(약칭: 폭력행위처벌법)
[법규22] 교통사고처리특례법
[법규23] 도로교통법
[법규24] 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률(약칭: 특정범죄가중법)
[법규25] 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법(약칭:통신사기피해환급법)
[법규26] 소득세법
[법규27] 소득세법 시행령
[법규28] 소득세법 시행규칙
[법규29] 산업재해보상보험법 시행규칙
[법규30] 의료급여법 시행령
[법규31] 도로법
[법규32] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률(약칭: 화재보험법)
[법규33] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령(약칭: 화재보험법 시행령)
[법규34] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙(약칭: 화재보험법 시행규칙)
[법규35] 개인정보 보호법
[법규36] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률(약칭: 신용정보법)
[법규37] 건설기술 진흥법
[법규38] 고압가스 안전관리법(약칭: 고압가스법)
[법규39] 민사소송법
[법규40] 특허법
[법규41] 저작권법
[법규42] 상표법
[법규43] 실용신안법
[법규44] 지식재산 기본법

[법규45] 소비자기본법
[법규46] 자본시장과 금융투자업에 관한 법률(약칭: 자본시장법)
[법규47] 노동조합 및 노동관계조정법(약칭: 노동조합법)
[법규48] 집회 및 시위에 관한 법률(약칭: 집시법)
[법규49] 독점규제 및 공정거래에 관한 법률(약칭: 공정거래법)
[법규50] 증권관련 집단소송법
[법규51] 산업재해보상보험법(약칭: 산재보험법)
[법규52] 장애인복지법
[규정1] 관공서의 공휴일에 관한 규정(약칭: 관공서공휴일규정)

▶ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

[법규1] 전자서명법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. (생 략) 2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실 3.~10. (생 략)

[법규2] 상법 시행령

내용
제44조의2(타인의 생명보험) 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다. 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것 [본조신설 2018. 10. 30.]

[법규3] 상법

내용
제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>
제657조(보험사고발생의 통지의무) ①보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다. ②보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>
제681조(보험목적에 관한 보험대위) 보험의 목적의 전부가 멸실한 경우에 보험금액의 전부를 지급한 보험자는 그 목적에 대한 피보험자의 권리를 취득한다. 그러나 보험가액의 일부를 보험에 붙인 경우에는 보험자가 취득할 권리는 보험금액의 보험가액에 대한 비율에 따라 이를 정한다.
제682조(제3자에 대한 보험대위) ①손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다. ②보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다. [전문개정 2014. 3. 11.]
제732조(15세미만자등에 대한 계약의 금지) 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 1962. 12. 12., 1991. 12. 31., 2014. 3. 11.>

[법규4] 의료법

내용
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30., 2011.6.7., 2016.5.29., 2019.4.23., 2020.3.4.> 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 정신병원 바. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.> ④ 삭제 <2009.1.30.> ⑤ 삭제 <2009.1.30.> ⑥ 삭제 <2009.1.30.> ⑦ 삭제 <2009.1.30.> ⑧ 삭제 <2009.1.30.> **제3조의3(종합병원)** ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.> 1. 100개 이상의 병상을 갖출 것 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과・외과・소아청소년과・산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치・운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다. [본조신설 2009. 1. 30.] **제3조의4(상급종합병원 지정)** ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가

높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>

[본조신설 2009. 1. 30.]

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다. <개정 2024. 9. 20.>

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

[본조신설 2015. 12. 29.]

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2012. 2. 1., 2019. 8. 27.>

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하

는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다. <개정 2012. 2. 1.>

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다. <신설 2012. 2. 1.>

[전문개정 2008. 10. 14.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

①보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

②위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

[법규5] 민법

내용
제27조(실종의 선고) ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다. ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984. 4. 10.>
제777조(친족의 범위) 친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다. 1. 8촌 이내의 혈족 2. 4촌 이내의 인척 3. 배우자 [전문개정 1990. 1. 13.]
제974조(부양의무) 다음 각호의 친족은 서로 부양의 의무가 있다. 1. 직계혈족 및 그 배우자간 2. 삭제 <1990. 1. 13.> 3. 기타 친족간(생계를 같이 하는 경우에 한한다.)
제1000조(상속의 순위) ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다. <개정 1990. 1. 13.> 1. 피상속인의 직계비속 2. 피상속인의 직계존속 3. 피상속인의 형제자매 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족 ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다. ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다. <개정 1990. 1. 13.> [제목개정 1990. 1. 13.]
제1001조(대습상속) 전조제1항제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다. <개정 2014. 12. 30.>
제1003조(배우자의 상속순위) ① 피상속인의 배우자는 제1000조제1항제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다. <개정 1990. 1. 13.> ② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다. <개정 1990. 1. 13.> [제목개정 1990. 1. 13.]

제1004조(상속인의 결격사유)

다음 각 호의 어느 하나에 해당한 자는 상속인이 되지 못한다. <개정 1990. 1. 13., 2005. 3. 31.>

1. 고의로 직계존속, 피상속인, 그 배우자 또는 상속의 선순위나 동순위에 있는 자를 살해하거나 살해하려한 자
2. 고의로 직계존속, 피상속인과 그 배우자에게 상해를 가하여 사망에 이르게 한 자
3. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언 또는 유언의 철회를 방해한 자
4. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언을 하게 한 자
5. 피상속인의 상속에 관한 유언서를 위조・변조・파기 또는 은닉한 자

[법규6] 금융소비자 보호에 관한 법률(약칭: 금융소비자보호법)

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2024. 2. 13.>

1. ~ 8. (생 략)
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. (생 략)

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[법규7] 보험업법 시행령

내용
제42조의2(설명의무의 중요 사항 등) ① 삭제 <2021. 3. 23.> ② 삭제 <2021. 3. 23.> ③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다. <개정 2011. 12. 31., 2016. 4. 1., 2021. 1. 5.> 1. 보험계약 체결 단계 가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속 나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부 다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부 라. 보험계약의 승낙절차 마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유 바. 상법 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법 사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항 2. 보험금 청구 단계 가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류 나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일 다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항 라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항 3. 보험금 심사·지급 단계 가. 보험금 지급일 등 지급절차 나. 보험금 지급 내역 다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일 라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항 ④ 삭제 <2016. 4. 1.> ⑤ 제3항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다. <개정 2011. 12. 31., 2016. 4. 1., 2021. 3. 23.> [본조신설 2011. 1. 24.]

[법규8] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.> 1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다. 2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다. 3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다. 가. 삭제 <2018.3.27.> 나. 삭제 <2018.3.27.> 다. 삭제 <2018.3.27.> 라. 삭제 <2018.3.27.> 마. 삭제 <2018.3.27.> 4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다. 5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다. 6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다. 가. 암 나. 후천성면역결핍증 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환 라. 만성 간경화 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환 7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다. 8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다. 9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다. **제37조(보험 등의 불이익 금지)** 이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

[법규9] 국민건강보험법

내용
제41조(요양급여) ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰· 검사 2. 약제(藥劑)· 치료재료의 지급 3. 처치· 수술 및 그 밖의 치료 4. 예방· 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송(移送) ② 제1항에 따른 요양급여(이하 '요양급여'라 한다)의 범위(이하 '요양급여대상'이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <신설 2016. 2. 3.> 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것 ③ 요양급여의 방법· 절차· 범위· 상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016. 2. 3.> ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 '비급여대상'이라 한다)으로 정할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.> **제42조(요양기관)** ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.> 1.「의료법」에 따라 개설된 의료기관 2.「약사법」에 따라 등록된 약국 3.「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터 4.「지역보건법」에 따른 보건소· 보건의료원 및 보건지소 5.「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소 ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설· 장비· 인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다. ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다. 1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우 ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 의료법 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.> ⑤ 제1항· 제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

[법규10] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(약칭: 건강보험요양급여규칙)

내용

제5조의2(중증질환심의위원회)

① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.

② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다. <본조신설 2005. 10. 11.>

제9조(비급여대상)

① 법 제41조 제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

<개정 2012.8.31., 2016.8.4.>

② 삭제 <2001.12.31.>

[별표2] 비급여대상(제9조제1항관련) <개정 2025. 11. 10.>

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
   마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
   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. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1 인(「의료법」제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총

병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다)「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라)「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원,「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우(격리치료 대상인 환자가 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 제외한다): 제8조제4항에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타.「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 삭제 <2024. 7. 5.>

하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거.「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제2호에 따른 제한적 의료기술

너.「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더.「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 첨단재생의료 치료계획에 대한 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회의 심의 결과 적합 통보를 받은 첨단재생의료 치료

러. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 아목, 제3호 아목 및 제4호더목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스・완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)・더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기성한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[법규11] 의료급여법

내용
제7조(의료급여의 내용 등) ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다. 1. 진찰·검사 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술과 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치 ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다. ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다. [전문개정 2013. 6. 12.]

[법규12] 선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준

내용
제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) ① 장관은 기준규칙 제14조의3에 따른 선별급여의 실시조건 충족여부에 대해 적합성평가위원회의 평가를 거쳐 일정한 기간을 정하여 해당 선별급여 항목의 실시기관(이하 "선별급여실시기관"이라 한다)으로 결정, 승인한다. ② 선별급여실시기관은 별표 3의 실시조건에 규정된 실시방법 및 기록·관리, 임상자료 제출, 기준규칙 제14조의3제1항제6호에 따른 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용의 신고 등 준수사항을 이행하여야 하고, 선별급여 실시조건의 충족여부에 변경사항이 있는 경우 지체없이 건강보험심사평가원장(이하 "심사평가원장"이라 한다)에게 통보하여야 한다. 선별급여 신고 조건을 이행하지 않거나 신고된 내용과 다르게 운영하는 경우 요양급여 비용을 환수할 수 있다. ③ 선별급여실시기관은 기준규칙 제14조의4제3항 및 제14조의5제1항에 따라 자료를 요구받은 경우 심사평가원장을 거쳐 장관에게 제출하여야 한다. ④ 장관은 제1항에 따른 승인기간이 종료되기 전에 선별급여실시기관이 법 제42조의2제3항에 따른 실시 제한사유에 해당하는지를 점검하여야 한다. ⑤ 장관은 기준규칙 제14조의5제3항에 따른 선별급여의 실시 제한기간이 끝난 이후에도 선별급여실시기관이 실시조건을 충족하지 못하거나 조건을 이행하지 아니하는 경우 적합성평가위원회의 평가를 거쳐 선별급여실시기관 승인을 취소할 수 있다. ⑥ 장관은 선별급여실시기관에 대한 효율적 관리를 위하여 제3항에 따른 자료 제출 관리, 제4항에 따른 점검 등에 관한 사항을 심사평가원장에게 위탁할 수 있다. 이 경우 심사평가원장은 관련 사항에 따른 처리 결과를 장관에게 보고하여야 한다. **[별표3] 실시조건(제5조제2항 관련)** 1. 삭제 <2022. 5. 1.> 2. 삭제 <2022. 12. 1.> 3. 차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사 가. 차세대염기서열분석기반 유전자패널검사(이하, NGS 유전자패널검사)를 실시하고자 하는 요양기관은 다음의 시설, 인력, 장비, 유전자패널에 대한 요건을 충족하여 사전에 승인을 받아야 함 1) 시설 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제49조에 따른 유전자검사 기관으로 신고된 요양기관이면서, 「유전자검사의 숙련도 평가에 필요한 사항의 지정」제3조제2항 평가범주 1(질병의 진단 및 치료를 위한 유전자검사)에 대한 한국유전자검사평가원 유전자검사의 숙련도 평가 인증서(또는 면제통보서)를 3회 이상 받은 이력이 있고, 승인신청 직전평가 결과가 아래의 조건 중 한 가지를 충족하는 기관 - 아 래 - (1) 한국유전자검사평가원에서 시행한 검사실 운영과 평가범주 1의 현장평가가 A 등급이고, 평가범주1의 외부정도관리 점수가 90점 이상을 획득한 기관 (2) 진단검사의학재단에서 시행한 검사실 운영과 분자진단검사 분야에서 1년 인증을 획득하고, 대한진단검사정도관리협회의 신빙도 조사에서 분자유전학(대분류)-유전학검사(중분류)에 해당되는 검사에서 품질 인증을 획득한 기관 (3) 대한병리학회에서 운영일반(검사실 운영)과 분자병리 분야의 질관리평가가 A등급이면서, 숙련도평가(외부정도관리)의 분자병리 분야에서 적합으로 평가받은 기관 2) 인력

가) 전문의 자격 취득 후 5년 이상의 경험이 있는 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 1인 이상 상근하고,
나) 검사 실시인력(임상병리사) 1인 이상이 상근해야 함.
3) 장비
가) 식품의약품안전처장('이하 식약처') 허가 또는 신고를 받은 '차세대염기서열분석장비'를 사용하거나,
나)「식약처 NGS 임상검사실 인증」요양기관의 경우에는 식약처 허가 또는 신고를 받지 않은 '유전자서열검사장비' 사용을 인정
4) 유전자패널 구성은 아래와 같이하며, 신청기관은 운영하는 패널에 대한 자료(패널명, 검체, 적응증, 유전자수 또는 유전자길이, 필수유전자, 선택유전자)를 승인 신청 시에 제출하여야 함.
가) 필수유전자는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」중「차세대염기서열분석(NGS) 기반 유전자패널검사의 급여기준」의 급여대상질환 필수 유전자를 포함해야 하며,
나) 선택유전자는「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제49조에 따라 질병관리청에 신고된 유전자 범위 내에서 선택함
나. 승인기관은 환자로부터「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」[별지제41호 서식]의 '인체유래물 등의 기증 동의서'에 동의를 받아 보관해야하며, 추후 국가 유전체 사업 등 공익적 연구 목적으로 제출을 요청받은 경우 동의한 유전 정보를 제출하여야 함
다. 승인기관은 NGS 유전자패널검사의 검사실시내역 등을 반기별로 작성하여 제출하고, 승인기간의 종료 전까지 유전자 패널에 대한 내부 평가 보고서를 건강보험심사평가원장에게 제출하여야 함
라. 실시 요양기관 승인 절차에 대한 진행과 검사 실시내역 및 유전자 패널 내부 평가 보고서 제출 등 관리는 건강보험심사평가원장이 실시하여 보건복지부 장관에게 보고하여야 함

[법규13] 자동차관리법 시행규칙

내용

제2조(자동차의 종별 구분)
법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015. 7. 7., 2017. 1. 6.>
[전문개정 2011. 12. 15.]

[별표1] 자동차의 종류(제2조관련)<개정 2024. 1. 31.>
1.규모별 세부기준

종 류	경 형		소 형	중 형	대 형
	초 소 형	일 반 형			
승 용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승 합 자동차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화 물 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특 수 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이 륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출	배기량이 260시시(최고출력 15킬로와트)를 초

		이하)인 것	력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	과하는 것

2. 유형별 세부기준

종 류	유 형 별	세 부 기 준
승 용 자 동 차	일 반 형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다 목 적 형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기 타 형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승 합 자 동 차	일 반 형	주목적이 여객운송용인 것
	특 수 형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화 물 자 동 차	일 반 형	보통의 화물운송용인 것
	덤 프 형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴 형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특 수 용 도 형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특 수 자 동 차	견 인 형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구 난 형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특 수 용 도 형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이 륜 자 동 차	일 반 형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특 수 형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기 타 형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형 화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차

3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차

3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

[법규14] 자동차손해배상보장법 시행령(약칭: 자동차손배법 시행령)

내용
제2조(건설기계의 범위) 「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014.2.5. ,2021.1.5.> 1. 덤프트럭 2. 타이어식 기중기 3. 콘크리트믹서트럭 4. 트럭적재식 콘크리트펌프 5. 트럭적재식 아스팔트살포기 6. 타이어식 굴착기 7.「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계 가. 트럭지게차 나. 도로보수트럭 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다) **제3조(책임보험금 등)** ① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다. <개정 2014.2.5., 2014.12.30.> 1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다. 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다. 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액 ② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다. <개정 2012.8.22.> 1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액 2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액 ③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다. <개정 2014.12.30.>

[법규15] 여객자동차 운수사업법 시행령(약칭: 여객자동차법 시행령)

내용
제3조(여객자동차운송사업의 종류) 법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. <개정 2008.11.26., 2009.11.27., 2011.12.8., 2011.12.30., 2012.11.23., 2013.3.23., 2015.1.28., 2016.1.6., 2016.1.22., 2019.2.12., 2021.4.6., 2023.10.10., 2024.12.31.> 1. 노선 여객자동차운송사업 가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다. 나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다. 다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업 라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다. 2. 구역 여객자동차운송사업 가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업 1) 삭제 <2024.12.31.> 2) 삭제 <2024.12.31.> 3) 삭제 <2024.12.31.> 나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업 다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다. 라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

[법규16] 건축법 시행령

내용
[별표1] 용도별 건축물의 종류(제3조의5 관련) <개정 2025. 10. 1.>
1. (생 략)
2. 공동주택[공동주택의 형태를 갖춘 가정어린이집·공동생활가정·지역아동센터·공동육아나눔터·작은도서관·노인복지시설(노인복지주택은 제외한다) 및「주택법 시행령」제10조제1항제1호에 따른 아파트형 주택을 포함한다]. 다만, 가목이나 나목에서 층수를 산정할 때 1층 전부를 필로티 구조로 하여 주차장으로 사용하는 경우에는 필로티 부분을 층수에서 제외하고, 다목에서 층수를 산정할 때1층의 전부 또는 일부를 필로티 구조로 하여 주차장으로 사용하고 나머지 부분을 주택(주거 목적으로 한정한다) 외의 용도로 쓰는 경우에는 해당 층을 주택의 층수에서 제외하며, 가목부터 라목까지의 규정에서 층수를 산정할 때 지하층을 주택의 층수에서 제외한다. 가. 아파트: 주택으로 쓰는 층수가 5개 층 이상인 주택 나. 연립주택: 주택으로 쓰는 1개 동의 바닥면적(2개 이상의 동을 지하주차장으로 연결하는 경우에는 각각의 동으로 본다) 합계가 660제곱미터를 초과하고, 층수가 4개 층 이하인 주택 다. 다세대주택: 주택으로 쓰는 1개 동의 바닥면적 합계가 660제곱미터 이하이고, 층수가 4개 층 이하인 주택(2개 이상의 동을 지하주차장으로 연결하는 경우에는 각각의 동으로 본다) 라. 기숙사: 다음의 어느 하나에 해당하는 건축물로서 공간의 구성과 규모 등에 관하여 국토교통부장관이 정하여 고시하는 기준에 적합한 것. 다만, 구분소유된 개별 실(室)은 제외한다. 1) 일반기숙사: 학교 또는 공장 등의 학생 또는 종업원 등을 위하여 사용하는 것으로서 해당 기숙사의 공동취사시설 이용 세대 수가 전체 세대 수(건축물의 일부를 기숙사로 사용하는 경우에는 기숙사로 사용하는 세대 수로 한다. 이하 같다)의 50퍼센트 이상인 것(「교육기본법」제27조제2항에 따른 학생복지주택을 포함한다) 2) 임대형기숙사:「공공주택 특별법」제4조에 따른 공공주택사업자 또는「민간임대주택에 관한 특별법」제2조제7호에 따른 임대사업자가 임대사업에 사용하는 것으로서 임대 목적으로 제공하는 실이 20실 이상이고 해당 기숙사의 공동취사시설 이용 세대 수가 전체 세대 수의 50퍼센트 이상인 것

[법규17] 의료법 시행규칙

내용
[별표4] 의료기관의 시설규격(제34조 관련) <개정 2024. 10. 25.>
1. (생 략)
2. 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

[법규18] 응급의료에 관한 법률

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 1. 28., 2021. 12. 21.> 1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다. 2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다. 3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다. 4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다. 5. "응급의료기관"이란「의료법」제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다. 6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다. 7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다. 8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다. [전문개정 2011. 8. 4.] **제30조의2(권역외상센터의 지정)** ① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다. <개정 2013. 6. 4., 2015. 1. 28., 2021. 12. 21.> 1. 외상환자의 진료 2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발 3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련 4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원 5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무 ② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다. 1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상 2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실 3. 외상환자 전담 전문의 4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비 5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력·시설·장비 ③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다. [본조신설 2012. 5. 14.] **제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)** ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다. <개정 2020. 12. 29., 2021. 12. 21.> ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020.12.29.>

[전문개정 2011. 8. 4.]

[법규19] 응급의료에 관한 법률 시행규칙(약칭: 응급의료법 시행규칙)

내용
제2조(응급환자) 「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. <개정 2008. 3. 3., 2008. 6. 13., 2010. 3. 19.> 1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상 2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상 ※ 응급의료에 관한 법률 시행규칙 [별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련) 1. 응급증상 가. 신경학적 응급증상: 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상 나. 심혈관계 응급증상: 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크 다. 중독 및 대사장애: 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등) 라. 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상 마. 출혈: 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈 바. 안과적 응급증상: 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실 사. 알러지: 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응 아. 소아과적 응급증상: 소아경련성 장애 자. 정신과적 응급증상: 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애 2. 응급증상에 준하는 증상 가. 신경학적 응급증상: 의식장애, 현훈 나. 심혈관계 응급증상: 호흡곤란, 과호흡 다. 외과적 응급증상: 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애 라. 출혈: 혈관손상 마. 소아과적 응급증상: 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다) 바. 산부인과적 응급증상: 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상 사. 이물에 의한 응급증상: 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

[법규20] 형법

내용
제170조(실화) ① 과실로 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인 소유인 제166조에 기재한 물건을 불태운 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. ② 과실로 자기 소유인 제166조의 물건 또는 제167조에 기재한 물건을 불태워 공공의 위험을 발생하게 한 자도 제1항의 형에 처한다. [전문개정 2020. 12. 8.]
제171조(업무상실화, 중실화) 업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
제24장 살인의 죄
제250조(살인, 존속살해) ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>
제251조(영아살해) 삭제 <2023. 8. 8.>
제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등) ① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다. ② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다. [전문개정 2020. 12. 8.]
제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등) 전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.
제254조(미수범) 제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다. [전문개정 2023.8.8.]
제255조(예비, 음모) 제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.
제256조(자격정지의 병과) 제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.
제25장 상해와 폭행의 죄
제257조(상해, 존속상해) ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.> ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1

천500만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
<개정 2016.1.6.>

제258조의2(특수상해)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
③ 제1항의 미수범은 처벌한다.
[본조신설 2016.1.6.]

제259조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.
<개정 1995.12.29.>

제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제262조(폭행치사상)
제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제263조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
<개정 2016.1.6.>

제265조(자격정지의 병과)
제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.
<개정 2016.1.6.>

제26장 과실치사상의 죄
<개정 1995.12.29.>

제266조(과실치상) ~ **제267조(과실치사)** (생 략)

제268조(업무상과실·중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제30장 협박의 죄

제283조(협박, 존속협박)
① 사람을 협박한 자는 3년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.
<개정 1995. 12. 29.>

제284조(특수협박)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전조 제1항, 제2항의 죄를 범한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995. 12. 29.>

제285조(상습범)
상습으로 제283조제1항, 제2항 또는 전조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제32장 강간과 추행의 죄
<개정 1995.12.29.>

제297조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>

제297조의2(유사강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

[본조신설 2012.12.18.]

제298조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제299조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.
<개정 2012.12.18.>

제300조(미수범)
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.
<개정 2012.12.18.>

제301조(강간 등 상해·치상)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>
[전문개정 1995.12.29.]

제301조의2(강간등 살인·치사)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>
[본조신설 1995.12.29.]

제302조(미성년자 등에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2018. 10. 16.>
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18., 2018. 10. 16.>

제304조 삭제
<2012.12.18.>

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)
① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
<개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2020.5.19.>
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제 297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제 301조의2의 예에 의한다 <신설 2020.5.19.>

제305조의2(상습범)
상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
<개정 2012.12.18.>
[본조신설 2010. 4. 15.]

제305조의3(예비, 음모)
제297조, 제297조의2, 제299조(준강간죄에 한정한다), 제301조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제305조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.
[본조신설 2020.5.19.]

제38장 절도와 강도의 죄

제329조(절도)
타인의 재물을 절취한 자는 6년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제330조(야간주거침입절도)
야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박, 항공기 또는 점유하는 방실(房室)에 침입하여 타인의 재물을 절취(竊取)한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제331조(특수절도)
① 야간에 문이나 담 그 밖의 건조물의 일부를 손괴하고 제330조의 장소에 침입하여 타인의 재물을 절취한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 흉기를 휴대하거나 2명 이상이 합동하여 타인의 재물을 절취한 자도 제1항의 형에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제331조의2(자동차등 불법사용)
권리자의 동의없이 타인의 자동차, 선박, 항공기 또는 원동기장치자전거를 일시 사용한 자는 3년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
[본조신설 1995.12.29.]

제332조(상습범)
상습으로 제329조 내지 제331조의2의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
<개정 1995.12.29.>

제333조(강도)
폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제334조(특수강도)
① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제333조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제335조(준강도)
절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는

협박한 때에는 제333조 및 제334조의 예에 따른다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제336조(인질강도)
사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제337조(강도상해, 치상)
강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>

제338조(강도살인·치사)
강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제339조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
<개정 2012.12.18.>

제340조(해상강도)
① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
<개정 1995.12.29.>
③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.
<개정 1995.12.29., 2012.12.18.>

제341조(상습범)
상습으로 제333조, 제334조, 제336조 또는 전조제1항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제342조(미수범)
제329조 내지 제341조의 미수범은 처벌한다.
[전문개정 1995.12.29.]

제343조(예비, 음모)
강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7년 이하의 징역에 처한다.

제344조(친족간의 범행)
제328조의 규정은 제329조 내지 제332조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제345조(자격정지의 병과)
본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제346조(동력)

본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

제42장 손괴의 죄

제369조(특수손괴)

① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제366조의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

<개정 1995. 12. 29.>

② 제1항의 방법으로 제367조의 죄를 범한 때에는 1년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

<개정 1995. 12. 29.>

[법규21] 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(약칭: 폭력행위처벌법)

내용
제4조(단체 등의 구성·활동) ① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다. 1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역 2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역 3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역 ② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016.1.6.> 1.「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄 가.「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄 나.「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄 다.「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄 라.「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄 2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다) ③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다. ④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다. [전문개정 2014.12.30.]

[법규22] 교통사고처리특례법

내용
제3조(처벌의 특례) ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여「형법」제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와「도로교통법」제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등「도로교통법」제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고「도로교통법」제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다),「도로교통법」제44조제5항을 위반하여 음주측정방해행위를 한 경우와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.<개정 2016.1.27., 2016.12.2., 2025.1.7.> 1.「도로교통법」제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우 2.「도로교통법」제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우 3.「도로교통법」제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우 4.「도로교통법」제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우 5.「도로교통법」제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우 6.「도로교통법」제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우 7.「도로교통법」제43조,「건설기계관리법」제26조 또는「도로교통법」제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다. 8.「도로교통법」제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우 9.「도로교통법」제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우 10.「도로교통법」제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우 11.「도로교통법」제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우 12.「도로교통법」제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우 [전문개정 2011.4.12.]

▶ 상기 외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

[법규23] 도로교통법

내용
제12조(어린이 보호구역의 지정・해제 및 관리) ① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 장소의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.<개정 2013. 3. 23., 2014. 1. 28., 2014. 11. 19., 2015. 7. 24., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2021. 10. 19., 2023. 4. 18.> 1.「유아교육법」 제2조에 따른 유치원,「초・중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교 2.「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집 3.「학원의 설립・운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원 4.「초・중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교,「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관,「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외 국교육기관 설립・운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원・초등학교 교과과정이 있는 학교 5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소 ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정・해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2023. 4. 18.> ③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.> ④ 시・도경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다. <신설 2019. 12. 24., 2020. 12. 22.> ⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다. <신설 2019. 12. 24., 2023. 4. 18., 2024. 1. 30.> 1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기 2. 속도 제한, 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지 3.「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설 3의2. 방호울타리 4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비 [전문개정 2011. 6. 8.] [제목개정 2023. 4. 18.]
제43조(무면허운전 등의 금지) 누구든지 제80조에 따라 시・도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 1. 12.> [전문개정 2011. 6. 8.]
제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계

외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27., 2023. 10. 24.>

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
<개정 2014.12.30., 2018. 3. 27.>

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018.12.24.>

⑤ 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 "음주측정방해행위"라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다. <신설 2024. 12. 3.>

⑥ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <신설 2023. 1. 3., 2024. 12. 3.>

[전문개정 2011.6.8.]

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2020. 6. 9.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2018. 3. 27.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

[법규24] 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률(약칭: 특정범죄가중법)

내용
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌) 자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다. <개정 2022. 12. 27.> 1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. 2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다. [본조신설 2019. 12. 24.]

[법규25] 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법(약칭:통신사기피해환급법)

내용

제3조(피해구제의 신청 등)

① 제2조제2호가목 또는 나목에 해당하는 행위로 인하여 재산상의 피해를 입은 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다. <개정 2023. 5. 16.>

② 수사기관은 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 제2조제2호다목 또는 라목에 해당하는 행위와 관련된 사기이용계좌의 지급정지를 요청할 수 있다. <신설 2023. 5. 16.>

③ 수사기관은 제2항에 따른 지급정지를 요청하는 경우 요청한 날부터 대통령령으로 정하는 기한 이내에 피해자 및 피해금을 특정하여 해당 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 통지하여야 한다. <신설 2023. 5. 16.>

④ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다. <개정 2023. 5. 16.>

⑤ 제1항에 따른 피해구제의 신청, 제2항부터 제4항까지에 따른 지급정지의 요청 및 피해자·피해금의 통지에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2023. 5. 16.>

[제목개정 2023. 5. 16.]

제5조(채권소멸절차의 개시 공고)

① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 "채권소멸절차"라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하며, 제3조제2항에 따른 지급정지 요청에 따라 지급정지 조치를 행한 경우에는 같은 조 제3항에 따른 통지가 있는 때에 공고를 요청하여야 한다. <개정 2016. 1. 27., 2018. 3. 13., 2020. 5. 19., 2023. 5. 16.>

1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상·부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
4. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권이 설정된 경우
5. 지급정지된 후에 제4조의2제2항에 따라 명의인과 피해자 간 채무부존재확인·부당이득반환청구 소송 등이 제기되어 법원에 계속 중인 경우
6. 제4조에 따라 지급정지가 이루어진 사기이용계좌의 잔액이 3만원 이하의 금액으로서 대통령령으로 정하는 금액 이하인 경우. 다만, 피해자가 지급정지의 통지를 받은 날부터 30일 이내에 금융회사에 채권소멸절차의 개시를 요청한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다. <개정 2014. 1. 28.>

1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지
2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
3. 명의인의 성명 또는 명칭
4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
7. 제13조의2제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및

절차
8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에 관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)

① 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌의 피해자로서 채권소멸절차 개시의 공고 전에 피해구제를 신청하지 아니한 자는 금융회사에 대하여 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 피해구제의 신청을 할 수 있다.

② 수사기관은 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌와 관련한 추가 피해자와 피해금을 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 금융회사에 통지할 수 있다. <개정 2023. 5. 16.>

③ 금융회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 금융감독원에 해당 피해금에 대한 채권소멸절차의 개시 공고를 요청하여야 한다. <신설 2023. 5. 16.>
1. 제1항에 따른 피해구제 신청에 대하여 해당 거래내역등을 확인하여 피해자로 인정된다고 판단하는 경우
2. 제2항에 따른 수사기관의 통지가 있는 경우

④ 제3항에 따라 공고 요청을 받은 금융감독원은 지체 없이 해당 사항을 공고하여야 한다. 이 경우 채권소멸절차 개시의 공고 요청 및 공고에 관하여는 제5조제1항 및 제2항을 준용한다. <개정 2023. 5. 16.>

⑤ 금융회사 및 금융감독원은 채권소멸절차개시 공고 전에 피해구제의 신청을 하지 아니한 피해자가 제1항에 따라 피해구제의 신청을 할 수 있도록 필요한 정보를 제공하는 등 적극적인 노력을 하여야 한다. <개정 2023. 5. 16.>

제9조(채권의 소멸)

① 명의인의 채권(제5조제2항 및 제6조제4항에 따른 채권소멸절차 개시 공고가 이루어진 금액에 한한다)은 제5조제2항에 따른 최초의 채권소멸절차 개시의 공고일부터 2개월이 경과하면 소멸한다. <개정 2023. 5. 16.>

② 금융감독원은 제1항에 따라 명의인의 채권이 소멸된 경우 다음 각 호의 사항을 해당 명의인, 제3조 및 제6조에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 관련 금융회사에게 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 금융감독원 및 해당 금융회사의 인터넷 홈페이지 등에 해당 사실을 공시하여야 한다.
1. 제1항에 따라 해당 명의인의 채권이 소멸되었다는 사실
2. 소멸되는 채권의 금액
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

제10조(피해환급금의 결정・지급)

① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.

② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.

③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.

④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[법규26] 소득세법

내용
제59조의4(특별세액공제)
① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다. <개정 2015. 5. 13.> 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

[법규27] 소득세법 시행령

내용
제107조(장애인의 범위) ① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13., 2025. 2. 28> 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람 3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성 난치질환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람 4. 삭제 <2025. 2. 28.> **제118조의4 (보험료세액공제)** ① 법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다. ② 법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다. <개정 2018. 2. 13.> 1. 생명보험 2. 상해보험 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다. [본조신설 2014. 2. 21.]

[법규28] 소득세법 시행규칙

내용
제54조(장애아동의 범위 등) ① 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다. ② 영 제107조제2항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다. <신설 2022. 3. 18.> [본조신설 2018. 3. 21.] [제목개정 2022. 3. 18.]
제61조의3 (공제대상보험료의 범위) 영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다. [본조신설 2014. 3. 14.]

[법규29] 산업재해보상보험법 시행규칙

내용

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.>

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. <개정 2019. 10. 15.>

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4] 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역(제47조제1항 관련) <개정 2020. 1. 10>

관절명 \ 구분		측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)
척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수 관절융기)-목뼈1번 분절	13
		목뼈1번-목뼈2번 분절	10
		목뼈2번-목뼈3번 분절	8
		목뼈3번-목뼈4번 분절	13
		목뼈4번-목뼈5번 분절	12
		목뼈5번-목뼈6번 분절	17
		목뼈6번-목뼈7번 분절	16
		목뼈7번-등뼈1번 분절	6
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절	4
		등뼈2번-등뼈3번 분절	4
		등뼈3번-등뼈4번 분절	4
		등뼈4번-등뼈5번 분절	4
		등뼈5번-등뼈6번 분절	4
		등뼈6번-등뼈7번 분절	5
		등뼈7번-등뼈8번 분절	6
		등뼈8번-등뼈9번 분절	6
		등뼈9번-등뼈10번 분절	6
		등뼈10번-등뼈11번 분절	9
		등뼈11번-등뼈12번 분절	12
	허리뼈부(요추부)	등뼈12번-허리뼈1번 분절	12
		허리뼈1번-허리뼈2번 분절	12
		허리뼈2번-허리뼈3번 분절	14
		허리뼈3번-허리뼈4번 분절	15
		허리뼈4번-허리뼈5번 분절	17
		허리뼈5번-엉치뼈1번 분절	20
어깨관절		앞위쪽올리기	150
		옆위쪽올리기	150
		뒤쪽올리기	40

	모으기		30
	안쪽 돌리기		40
	바깥쪽 돌리기		90
팔꿈치관절	펴기		0
	굽히기		150
	안쪽 돌리기		80
	바깥쪽 돌리기		80
손목관절	손등쪽 굽히기		60
	손바닥쪽 굽히기		70
	손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)		20
	손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)		30
손허리손가락관절 (중수지관절)	엄지손가락	펴기	0
		굽히기	60
	둘째 손가락	펴기	0
		굽히기	90
	가운데손가락	펴기	0
		굽히기	90
	넷째 손가락	펴기	0
		굽히기	90
	새끼손가락	펴기	0
		굽히기	90
손가락관절	엄지손가락	펴기	0
		굽히기	80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기	0
		굽히기	100
	가운데손가락	펴기	0
		굽히기	100
	넷째 손가락	펴기	0
		굽히기	100
	새끼손가락	펴기	0
		굽히기	100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기	0
		굽히기	70
	가운데손가락	펴기	0
		굽히기	70
	넷째 손가락	펴기	0
		굽히기	70
	새끼손가락	펴기	0
		굽히기	70
엉덩관절	펴기		30
	굽히기		100
	모으기		20
	벌리기(외전)		40
	안쪽 돌리기		40
	바깥쪽 돌리기		50
무릎관절	펴기		0
	굽히기		150

발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30
발허리발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	40 30
	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기 굽히기	0 30
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

[법규30] 의료급여법 시행령

내용
제13조(급여비용의 부담) ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. <개정 2003.12.30., 2005.7.5., 2013.12.11.> 1. 삭제 <2005.7.5.> 2. 삭제 <2005.7.5.> ② 삭제 <2005.7.5.> ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등 보건복지부령으로 정하는 경우 또는 항목에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. <개정 2025. 9. 30.> 1. 법 제15조제1항에 따라 의료급여가 제한되는 경우 2. 적정한 급여일수 관리가 필요한 경우 3. 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004. 6. 29.> ⑤ 제4항에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 다음 각 호의 구분에 따른 금액에 해당하는 경우에는 해당 호에서 정하는 금액을 기금에서 부담하고 이를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급해야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2025. 9. 30.> 1. 1종수급권자 가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 2만원 초과 5만원 이하인 경우: 2만원 초과금액의 100분의 50 나. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 5만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100 2. 2종수급권자 가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 20만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 50 나. 가목에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 연간 80만원(「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원)을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100 ⑥ 삭제 <2025. 9. 30.> ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제5항 본문에 따라 기금에서 부담해야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급해야 한다. <신설 2004.6.29., 2008.2.29., 2010.3.15., 2025. 9. 30.>

[법규31] 도로법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "도로"란 차도, 보도(步道), 자전거도로, 측도(側道), 터널, 교량, 육교 등 대통령령으로 정하는 시설로 구성된 것으로서 제10조에 열거된 것을 말하며, 도로의 부속물을 포함한다. 2. "도로의 부속물"이란 도로관리청이 도로의 편리한 이용과 안전 및 원활한 도로교통의 확보, 그 밖에 도로의 관리를 위하여 설치하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설 또는 공작물을 말한다. 가. 주차장, 버스정류시설, 휴게시설 등 도로이용 지원시설 나. 시선유도표지, 중앙분리대, 과속방지시설 등 도로안전시설 다. 통행료 징수시설, 도로관제시설, 도로관리사업소 등 도로관리시설 라. 도로표지 및 교통량 측정시설 등 교통관리시설 마. 낙석방지시설, 제설시설, 식수대 등 도로에서의 재해 예방 및 구조 활동, 도로환경의 개선·유지 등을 위한 도로부대시설 바. 그 밖에 도로의 기능 유지 등을 위한 시설로서 대통령령으로 정하는 시설 3. "국가도로망"이란 제10조 각 호에 따른 고속국도와 일반국도, 지방도 등이 상호 유기적인 기능을 발휘할 수 있도록 체계적으로 구성한 도로망을 말한다. 4. "국가간선도로망"이란 전국적인 도로망의 근간이 되는 노선으로서 제10조제1호에 따른 고속국도와 같은 조 제2호에 따른 일반국도를 말한다. 5. "도로관리청"이란 도로에 관한 계획, 건설, 관리의 주체가 되는 기관으로서 도로의 구분에 따라 제23조에서 규정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. 가. 국토교통부장관 나. 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사·시장·군수 또는 자치구의 구청장(이하 "행정청"이라 한다) 6. "도로구역"이란 도로를 구성하는 일단의 토지로서 제25조에 따라 결정된 구역을 말한다. 7. "도로공사"란 도로의 신설, 확장, 개량 및 보수(補修) 등을 하는 공사를 말한다. 8. "도로의 유지·관리"란 도로의 기능을 유지하기 위하여 필요한 일반적인 도로관리(경미한 도로의 보수 공사 등을 포함한다) 활동을 말한다. 9. "타공작물"이란 도로와 그 효용을 함께 발휘하는 둑, 호안(護岸), 철도 또는 궤도용의 교량, 횡단도로, 가로수, 그 밖에 대통령령으로 정하는 공작물을 말한다. **제10조(도로의 종류와 등급)** 도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다. 1. 고속국도(고속국도의 지선 포함) 2. 일반국도(일반국도의 지선 포함) 3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道) 4. 지방도 5. 시도 6. 군도 7. 구도 **제11조(고속국도의 지정·고시)** 국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차 및 같은 조 제1호의3에 따른 자율주행자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다. <개정 2023. 8. 16.>

[법규32] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률(약칭: 화재보험법)

내용

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 21.>

1. "손해보험회사"란「보험업법」제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조 제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물・공유건물・교육시설・백화점・시장・의료시설・흥행장・숙박업소・다중이용업소・운수시설・공장・공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.
4. "소방시설"이란「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」제2조제2호에 따른 소방시설등,「건축법」제49조에 따른 피난시설, 그 밖에 소방 관련 시설로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다. [전문개정 2011. 5. 19.]

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조 제1항 제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다. <개정 2017. 4. 18.>

② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는「민법」에 따른다. [전문개정 2011. 5. 19.]

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다. <개정 2017. 4. 18.>

1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
   가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
   나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
   다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액
3. 삭제 <2017. 4. 18.>

② (생 략)

[전문개정 2011. 5. 19.]

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다. <개정 2019. 1. 15., 2023. 3. 21.>

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수(「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
2.「고압가스 안전관리법」제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3.「산업안전보건법」제44조 제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로

정하는 위험도가 낮은 특수건물

② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다. <개정 2023. 3. 21.>

③ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시함에 있어 총리령으로 정하는 서식을 활용하여야 한다. <신설 2023. 3. 21.>

④ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다. <개정 2023. 3. 21.>

⑤ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다. <개정 2023. 3. 21.>

⑥ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다. <개정 2023. 3. 21.>

⑦ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시한 경우 그 점검결과를 총리령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장 및 소방관서의 장에게 통보하여야 한다. 이 경우 제17조에 따른 개선 요청이 있는 경우에는 이를 포함하여 통보하여야 한다. <신설 2023. 3. 21.>

⑧ 제1항과 제2항에 따른 안전점검 및 제7항에 따른 통보 등에 관하여 필요한 세부사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2023. 3. 21.>

[전문개정 2011. 5. 19.]

[법규33] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령(약칭: 화재보험법 시행령)

내용
제2조(특수건물) ①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다. <개정 1997. 6. 13., 1998. 4. 1., 1999. 5. 24., 2001. 7. 7., 2002. 12. 5., 2003. 6. 30., 2003. 11. 29., 2008. 2. 29., 2009. 7. 27., 2009. 8. 6., 2010. 12. 7., 2012. 1. 31., 2014. 7. 7., 2016. 8. 11., 2017. 10. 17., 2020. 12. 1. 2021. 12. 30., 2023. 8. 22.> 1.「국유재산법」 제5조 제1항 제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다. 1의2.「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만,「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다. 2.「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물 3.「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 4.「관광진흥법」 제3조 제1항 제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 5.「공중위생관리법」 제2조 제1항 제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 6.「공연법」 제2조 제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 7.「방송법」 제2조 제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 8.「유통산업발전법」 제2조 제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물 9.「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조 제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다. 10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물 가.「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조 제6호에 따른 게임제공업 나.「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조 제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업 다.「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조 제13호에 따른 노래연습장업 라.「식품위생법 시행령」 제21조 제8호가목에 따른 휴게음식점영업 마.「식품위생법 시행령」 제21조 제8호나목에 따른 일반음식점영업 바.「식품위생법 시행령」 제21조 제8호다목에 따른 단란주점영업 사.「식품위생법 시행령」 제21조 제8호라목에 따른 유흥주점영업 아.「식품위생법 시행령」 제21조 제9호에 따른 공유주방 운영업 11.「초·중등교육법」 제2조 및「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만,「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은

정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.

12. 「주택법 시행령」 제3조 제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조 제1항 제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.
13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조 제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
15. 「공중위생관리법」 제2조 제1항 제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조 제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
17. 「도시철도법」 제2조 제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.
18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항 제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조 제1항 제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다. <개정 1974. 12. 31., 1991. 9. 3., 1997. 6. 13., 2002. 12. 5., 2017. 10. 17.>

제5조(보험금액)

① 법 제8조 제1항 제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항 제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항 제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항 제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

[전문개정 2017. 10. 17.]

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는

지체 없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.<개정 2017. 10. 17.>

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체 없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.<개정 2017. 10. 17.>

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

[법규34] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙(약칭: 화재보험법 시행규칙)

내용
제2조(손해액) ① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조 제1항 제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다. 1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액 2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비 ② 영 제5조 제1항 제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다. ③ 영 제5조 제1항 제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다. ④ 영 제5조 제1항 제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다. 1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비 2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액 [전문개정 2017. 10. 19.]

[법규35] 개인정보 보호법

내용
제15조(개인정보의 수집・이용) ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다. <개정 2023. 3. 14.> 1. 정보주체의 동의를 받은 경우 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다. 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우 ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다. 1. 개인정보의 수집・이용 목적 2. 수집하려는 개인정보의 항목 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용 ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.> **제16조(개인정보의 수집 제한)** ① 개인정보처리자는 제15조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하여 개인정보를 수집하는 경우에는 그 목적에 필요한 최소한의 개인정보를 수집하여야 한다. 이 경우 최소한의 개인정보 수집이라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다. ② 개인정보처리자는 정보주체의 동의를 받아 개인정보를 수집하는 경우 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에는 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 구체적으로 알리고 개인정보를 수집하여야 한다. <신설 2013. 8. 6.> ③ 개인정보처리자는 정보주체가 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에 동의하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2013. 8. 6.> **제17조(개인정보의 제공)** ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.> 1. 정보주체의 동의를 받은 경우 2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제 <2023. 3. 14.>

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제18조(개인정보의 목적 외 이용·제공 제한)

① 개인정보처리자는 개인정보를 제15조제1항에 따른 범위를 초과하여 이용하거나 제17조제1항 및 제28조의8제1항에 따른 범위를 초과하여 제3자에게 제공하여서는 아니 된다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

② 제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 정보주체 또는 제3자의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있을 때를 제외하고는 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공할 수 있다. 다만, 제5호부터 제9호까지에 따른 경우는 공공기관의 경우로 한정한다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>
1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우
3. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
4. 삭제 <2020. 2. 4.>
5. 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하지 아니하면 다른 법률에서 정하는 소관 업무를 수행할 수 없는 경우로서 보호위원회의 심의·의결을 거친 경우
6. 조약, 그 밖의 국제협정의 이행을 위하여 외국정부 또는 국제기구에 제공하기 위하여 필요한 경우
7. 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지를 위하여 필요한 경우
8. 법원의 재판업무 수행을 위하여 필요한 경우
9. 형(刑) 및 감호, 보호처분의 집행을 위하여 필요한 경우
10. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

③ 개인정보처리자는 제2항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보의 이용 목적(제공 시에는 제공받는 자의 이용 목적을 말한다)
3. 이용 또는 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

④ 공공기관은 제2항제2호부터 제6호까지, 제8호부터 제10호까지에 따라 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하는 경우에는 그 이용 또는 제공의 법적 근거, 목적 및 범위 등에 관하여 필요한 사항을 보호위원회가 고시로 정하는 바에 따라 관보 또는 인터넷 홈페이지 등에 게재하여야 한다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2020. 2.

4., 2023. 3. 14.>

⑤ 개인정보처리자는 제2항 각 호의 어느 하나의 경우에 해당하여 개인정보를 목적 외의 용도로 제3자에게 제공하는 경우에는 개인정보를 제공받는 자에게 이용 목적, 이용 방법, 그 밖에 필요한 사항에 대하여 제한을 하거나, 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 마련하도록 요청하여야 한다. 이 경우 요청을 받은 자는 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 하여야 한다.

[제목개정 2013. 8. 6.]

제19조(개인정보를 제공받은 자의 이용・제공 제한)

개인정보처리자로부터 개인정보를 제공받은 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 개인정보를 제공받은 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하여서는 아니 된다.

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우

[법규36] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률(약칭: 신용정보법)

내용
제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.> 1. 서면 2.「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다) 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다. 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식 ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.> ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.> ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.> ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.> ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.> 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우

6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우

2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[전문개정 2020. 2. 4.]

제35조(신용정보 이용 및 제공사실의 조회)

① 신용정보회사등은 개인신용정보를 이용하거나 제공한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 신용정보주체가 조회할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인신용정보를 이용한 경우: 이용 주체, 이용 목적, 이용 날짜, 이용한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

② ~ ③ (생 략)

[전문개정 2015. 3. 11.]

제36조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② ~ ③ (생 략)

제37조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)

① 개인인 신용정보주체는 제32조제1항 각 호의 방식으로 동의를 받은 신용정보제공·이용자에게 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 대통령령으로 정하는 바에 따라 철회할 수 있다. 다만, 동의를 받은 신용정보제공·이용자 외의 신용정보제공·이용자에게 해당 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역의 제공을 하지 못하게 되는 등 계약 이행이 어려워지거나 제33조제1항제1호에 따른 목적을 달성할 수 없는 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 개인인 신용정보주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보제공·이용자에 대하여 상품이나 용역을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있다.

③ ~ ⑤ (생 략)

[제목개정 2020. 2. 4.]

제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)

① 신용정보주체는 신용정보회사등에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷

홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사등이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사등은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당 신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사등은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

⑤ 신용정보회사등은 제3항 및 제4항에 따른 처리결과를 7일 이내에 해당 신용정보주체에게 알려야 하며, 해당 신용정보주체는 처리결과에 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있다. 다만, 개인신용정보에 대한 제45조의3제1항에 따른 상거래기업 및 법인의 처리에 대하여 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 「개인정보 보호법」에 따른 개인정보 보호위원회(이하 "보호위원회"라 한다)에 그 시정을 요청할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

⑥ ~ ⑧ (생 략)

제39조(무료 열람권)

개인인 신용정보주체는 1년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한 기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 개인신용평점
2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

[법규37] 건설기술 진흥법

내용
제85조(벌칙) ① 제28조제1항을 위반하여 착공 후부터 「건설산업기본법」 제28조에 따른 하자담보책임기간까지의 기간에 다리, 터널, 철도, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설물의 구조에서 주요 부분에 중대한 손괴(損壞)를 일으켜 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. <개정 2018. 12. 31.> ② 제1항의 죄를 범하여 사람을 위험하게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. **제86조(벌칙)** ① 업무상 과실로 제85조제1항의 죄를 범하여 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실로 제85조제2항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

[법규38] 고압가스 안전관리법(약칭: 고압가스법)

내용
제38조(벌칙) ① 고압가스시설을 손괴한 자 및 용기·특정설비를 개조한 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. ② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 고압가스 시설을 손괴한 자는 2년 이하의 금고(禁錮) 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. ③ 제2항의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해(傷害)에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. 사망에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2009. 5. 21.> ④ 제1항의 미수범은 처벌한다. [전문개정 2007. 12. 21.]

[법규39] 민사소송법

내용
제254조(재판장등의 소장심사권) ① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.> ② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다. ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다. ④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다. [제목개정 2014. 12. 30.]
제266조(소의 취하) ① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다. ② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다. ③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다. ④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다. ⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다. ⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.
제269조(반소) ① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다. ② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
제393조(항소의 취하) ① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다. ② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.
제399조(원심재판장등의 항소장심사권) ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.> ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
[제목개정 2014. 12. 30.]

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
[제목개정 2014. 12. 30.]

제412조(반소의 제기)
① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

[법규40] 특허법

내용
제1조(목적) 이 법은 발명을 보호·장려하고 그 이용을 도모함으로써 기술의 발전을 촉진하여 산업발전에 이바지함을 목적으로 한다. [전문개정 2014. 6. 11.]
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2019. 12. 10., 2025. 1. 21.> 1. "발명"이란 자연법칙을 이용한 기술적 사상의 창작으로서 고도(高度)한 것을 말한다. 2. "특허발명"이란 특허를 받은 발명을 말한다. 3. "실시"란 다음 각 목의 구분에 따른 행위를 말한다. 가. 물건의 발명인 경우: 그 물건을 생산·사용·양도·대여·수출 또는 수입하거나 그 물건의 양도 또는 대여의 청약(양도 또는 대여를 위한 전시를 포함한다. 이하 같다)을 하는 행위 나. 방법의 발명인 경우: 그 방법을 사용하는 행위 또는 그 방법의 사용을 청약하는 행위 다. 물건을 생산하는 방법의 발명인 경우: 나목의 행위 외에 그 방법에 의하여 생산한 물건을 사용·양도·대여·수출 또는 수입하거나 그 물건의 양도 또는 대여의 청약을 하는 행위 [전문개정 2014. 6. 11.]

[법규41] 저작권법

내용
제1조(목적) 이 법은 저작자의 권리와 이에 인접하는 권리를 보호하고 저작물의 공정한 이용을 도모함으로써 문화 및 관련 산업의 향상발전에 이바지함을 목적으로 한다. <개정 2009. 4. 22.>
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2009. 4. 22., 2011. 6. 30., 2011. 12. 2., 2016. 3. 22., 2021. 5. 18., 2023. 8. 8.> 1. "저작물"은 인간의 사상 또는 감정을 표현한 창작물을 말한다. 2. "저작자"는 저작물을 창작한 자를 말한다. 3. "공연"은 저작물 또는 실연(實演)·음반·방송을 상연·연주·가창·구연·낭독·상영·재생 그 밖의 방법으로 공중에게 공개하는 것을 말하며, 동일인의 점유에 속하는 연결된 장소 안에서 이루어지는 송신(전송은 제외한다)을 포함한다. 4. "실연자"는 저작물을 연기·무용·연주·가창·구연·낭독 그 밖의 예능적 방법으로 표현하거나 저작물이 아닌 것을 이와 유사한 방법으로 표현하는 실연을 하는 자를 말하며, 실연을 지휘, 연출 또는 감독하는 자를 포함한다. 5. "음반"은 음(음성·음향을 말한다. 이하 같다)이 유형물에 고정된 것(음을 디지털화한 것을 포함한다)을 말한다. 다만, 음이 영상과 함께 고정된 것은 제외한다. 6. "음반제작자"는 음반을 최초로 제작하는 데 있어 전체적으로 기획하고 책임을 지는 자를 말한다. 7. "공중송신"은 저작물, 실연·음반·방송 또는 데이터베이스(이하 "저작물등"이라 한다)를 공중이 수신하거나 접근하게 할 목적으로 무선 또는 유선통신의 방법에 의하여 송신하거나 이용에 제공하는 것을 말한다. 8. "방송"은 공중송신 중 공중이 동시에 수신하게 할 목적으로 음·영상 또는 음과 영상 등을 송신하는 것을 말한다. 8의2. "암호화된 방송 신호"란 방송사업자나 방송사업자의 동의를 받은 자가 정당한 권한 없이 방송(유선 및 위성 통신의 방법에 의한 방송으로 한정한다)을 수신하는 것을 방지하거나 억제하기 위하여 전자적으로 암호화한 방송 신호를 말한다. 9. "방송사업자"는 방송을 업으로 하는 자를 말한다. 10. "전송(傳送)"은 공중송신 중 공중의 구성원이 개별적으로 선택한 시간과 장소에서 접근할 수 있도록 저작물등을 이용에 제공하는 것을 말하며, 그에 따라 이루어지는 송신을 포함한다. 11. "디지털음성송신"은 공중송신 중 공중으로 하여금 동시에 수신하게 할 목적으로 공중의 구성원의 요청에 의하여 개시되는 디지털 방식의 음의 송신을 말하며, 전송은 제외한다. 12. "디지털음성송신사업자"는 디지털음성송신을 업으로 하는 자를 말한다. 13. "영상저작물"은 연속적인 영상(음의 수반여부는 가리지 아니한다)이 수록된 창작물로서 그 영상을 기계 또는 전자장치에 의하여 재생하여 볼 수 있거나 보고 들을 수 있는 것을 말한다. 14. "영상제작자"는 영상저작물의 제작에 있어 그 전체를 기획하고 책임을 지는 자를 말한다. 15. "응용미술저작물"은 물품에 동일한 형상으로 복제될 수 있는 미술저작물로서 그 이용된 물품과 구분되어 독자성을 인정할 수 있는 것을 말하며, 디자인 등을 포함한다. 16. "컴퓨터프로그램저작물"은 특정한 결과를 얻기 위하여 컴퓨터 등 정보처리능력을 가진 장치(이하 "컴퓨터"라 한다) 내에서 직접 또는 간접으로 사용되는 일련의 지시·명령으로 표현된 창작물을 말한다. 17. "편집물"은 저작물이나 부호·문자·음·영상 그 밖의 형태의 자료(이하 "소재"라 한다)의 집합물을 말하며, 데이터베이스를 포함한다.

18. "편집저작물"은 편집물로서 그 소재의 선택·배열 또는 구성에 창작성이 있는 것을 말한다.
19. "데이터베이스"는 소재를 체계적으로 배열 또는 구성한 편집물로서 개별적으로 그 소재에 접근하거나 그 소재를 검색할 수 있도록 한 것을 말한다.
20. "데이터베이스제작자"는 데이터베이스의 제작 또는 그 소재의 갱신·검증 또는 보충(이하 "갱신등"이라 한다)에 인적 또는 물적으로 상당한 투자를 한 자를 말한다.
21. "공동저작물"은 2명 이상이 공동으로 창작한 저작물로서 각자의 이바지한 부분을 분리하여 이용할 수 없는 것을 말한다.
22. "복제"는 인쇄·사진촬영·복사·녹음·녹화 그 밖의 방법으로 일시적 또는 영구적으로 유형물에 고정하거나 다시 제작하는 것을 말하며, 건축물의 경우에는 그 건축을 위한 모형 또는 설계도서에 따라 이를 시공하는 것을 포함한다.
23. "배포"는 저작물등의 원본 또는 그 복제물을 공중에게 대가를 받거나 받지 아니하고 양도 또는 대여하는 것을 말한다.
24. "발행"은 저작물 또는 음반을 공중의 수요를 충족시키기 위하여 복제·배포하는 것을 말한다.
25. "공표"는 저작물을 공연, 공중송신 또는 전시 그 밖의 방법으로 공중에게 공개하는 경우와 저작물을 발행하는 경우를 말한다.
26. "저작권신탁관리업"은 저작재산권자, 배타적발행권자, 출판권자, 저작인접권자 또는 데이터베이스제작자의 권리를 가진 자를 위하여 그 권리를 신탁받아 이를 지속적으로 관리하는 업을 말하며, 저작물등의 이용과 관련하여 포괄적으로 대리하는 경우를 포함한다.
27. "저작권대리중개업"은 저작재산권자, 배타적발행권자, 출판권자, 저작인접권자 또는 데이터베이스제작자의 권리를 가진 자를 위하여 그 권리의 이용에 관한 대리 또는 중개행위를 하는 업을 말한다.
28. "기술적 보호조치"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 조치를 말한다.
    가. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리의 행사와 관련하여 이 법에 따라 보호되는 저작물등에 대한 접근을 효과적으로 방지하거나 억제하기 위하여 그 권리자나 권리자의 동의를 받은 자가 적용하는 기술적 조치
    나. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리에 대한 침해 행위를 효과적으로 방지하거나 억제하기 위하여 그 권리자나 권리자의 동의를 받은 자가 적용하는 기술적 조치
29. "권리관리정보"는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보나 그 정보를 나타내는 숫자 또는 부호로서 각 정보가 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리에 의하여 보호되는 저작물등의 원본이나 그 복제물에 붙여지거나 그 공연·실행 또는 공중송신에 수반되는 것을 말한다.
    가. 저작물등을 식별하기 위한 정보
    나. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리를 가진 자를 식별하기 위한 정보
    다. 저작물등의 이용 방법 및 조건에 관한 정보
30. "온라인서비스제공자"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
    가. 이용자가 선택한 저작물등을 그 내용의 수정 없이 이용자가 지정한 지점 사이에서 정보통신망(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망을 말한다. 이하 같다)을 통하여 전달하기 위하여 송신하거나 경로를 지정하거나 연결을 제공하는 자
    나. 이용자들이 정보통신망에 접속하거나 정보통신망을 통하여 저작물등을 복제·전송할 수 있도록 서비스를 제공하거나 그를 위한 설비를 제공 또는 운영하는 자
31. "업무상저작물"은 법인·단체 그 밖의 사용자(이하 "법인등"이라 한다)의 기획하에 법인등의 업무에 종사하는 자가 업무상 작성하는 저작물을 말한다.
32. "공중"은 불특정 다수인(특정 다수인을 포함한다)을 말한다.
33. "인증"은 저작물등의 이용허락 등을 위하여 정당한 권리자임을 증명하는 것을 말한다.
34. "프로그램코드역분석"은 독립적으로 창작된 컴퓨터프로그램저작물과 다른 컴퓨터프로그램과의 호환에 필요한 정보를 얻기 위하여 컴퓨터프로그램저작물코드를 복제 또는 변환하는

것을 말한다.

35. "라벨"이란 그 복제물이 정당한 권한에 따라 제작된 것임을 나타내기 위하여 저작물등의 유형적 복제물·포장 또는 문서에 부착·동봉 또는 첨부되거나 그러한 목적으로 고안된 표지를 말한다.

36. "영화상영관등"이란 영화상영관, 시사회장, 그 밖에 공중에게 영상저작물을 상영하는 장소로서 상영자에 의하여 입장이 통제되는 장소를 말한다.

[법규42] 상표법

내용
제1조(목적) 이 법은 상표를 보호함으로써 상표 사용자의 업무상 신용 유지를 도모하여 산업발전에 이바지하고 수요자의 이익을 보호함을 목적으로 한다. **제2조(정의)** ① 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2022. 2. 3., 2025. 5. 27.> 1. "상표"란 자기의 상품(지리적 표시가 사용되는 상품의 경우를 제외하고는 서비스 또는 서비스의 제공에 관련된 물건을 포함한다. 이하 같다)과 타인의 상품을 식별하기 위하여 사용하는 표장(標章)을 말한다. 2. "표장"이란 기호, 문자, 도형, 소리, 냄새, 입체적 형상, 홀로그램·동작 또는 색채 등으로서 그 구성이나 표현방식에 상관없이 상품의 출처(出處)를 나타내기 위하여 사용하는 모든 표시를 말한다. 3. "단체표장"이란 상품을 생산·제조·가공·판매하거나 서비스를 제공하는 자가 공동으로 설립한 법인이 직접 사용하거나 그 소속 단체원에게 사용하게 하기 위한 표장을 말한다. 4. "지리적 표시"란 상품의 특정 품질·명성 또는 그 밖의 특성이 본질적으로 특정지역에서 비롯된 경우에 그 지역에서 생산·제조 또는 가공된 상품임을 나타내는 표시를 말한다. 5. "동음이의어 지리적 표시"란 같은 상품에 대한 지리적 표시가 타인의 지리적 표시와 발음은 같지만 해당 지역이 다른 지리적 표시를 말한다. 6. "지리적 표시 단체표장"이란 지리적 표시를 사용할 수 있는 상품을 생산·제조 또는 가공하는 자가 공동으로 설립한 법인이 직접 사용하거나 그 소속 단체원에게 사용하게 하기 위한 표장을 말한다. 7. "증명표장"이란 상품의 품질, 원산지, 생산방법 또는 그 밖의 특성을 증명하고 관리하는 것을 업(業)으로 하는 자가 타인의 상품에 대하여 그 상품이 품질, 원산지, 생산방법 또는 그 밖의 특성을 충족한다는 것을 증명하는 데 사용하는 표장을 말한다. 8. "지리적 표시 증명표장"이란 지리적 표시를 증명하는 것을 업으로 하는 자가 타인의 상품에 대하여 그 상품이 정해진 지리적 특성을 충족한다는 것을 증명하는 데 사용하는 표장을 말한다. 9. "업무표장"이란 영리를 목적으로 하지 아니하는 업무를 하는 자가 그 업무를 나타내기 위하여 사용하는 표장을 말한다. 10. "등록상표"란 상표등록을 받은 상표를 말한다. 11. "상표의 사용"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위를 말한다. 가. 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시하는 행위 나. 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시한 것을 양도·인도하거나 전기통신회선을 통하여 제공하는 행위 또는 이를 목적으로 전시하거나 수출·수입하는 행위 다. 외국에서 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시한 것을 운송업자 등 타인을 통하여 국내에 공급하는 행위 라. 상품에 관한 광고·정가표(定價表)·거래서류, 그 밖의 수단에 상표를 표시하고 전시하거나 널리 알리는 행위 ② 제1항제11호 각 목에 따른 상표를 표시하는 행위에는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 표시하는 행위가 포함된다. 1. 표장의 형상이나 소리 또는 냄새로 상표를 표시하는 행위 2. 전기통신회선을 통하여 제공되는 정보에 전자적 방법으로 표시하는 행위 ③ 단체표장·증명표장 또는 업무표장에 관하여는 이 법에서 특별히 규정한 것을 제외하고는 상표에 관한 규정을 적용한다. ④ 지리적 표시 증명표장에 관하여는 이 법에서 특별히 규정한 것을 제외하고는 지리적 표시 단

체표장에 관한 규정을 적용한다.

[법규43] 실용신안법

내용
제1조(목적) 이 법은 실용적인 고안을 보호·장려하고 그 이용을 도모함으로써 기술의 발전을 촉진하여 산업 발전에 이바지함을 목적으로 한다. **제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2025. 1. 21.> 1. "고안"이란 자연법칙을 이용한 기술적 사상의 창작을 말한다. 2. "등록실용신안"이란 실용신안등록을 받은 고안을 말한다. 3. "실시"란 고안에 관한 물품을 생산·사용·양도·대여·수출 또는 수입하거나 그 물품의 양도 또는 대여의 청약(양도 또는 대여를 위한 전시를 포함한다. 이하 같다)을 하는 행위를 말한다. [전문개정 2014. 6. 11.]

[법규44] 지식재산 기본법

내용
제1조(목적) 이 법은 지식재산의 창출·보호 및 활용을 촉진하고 그 기반을 조성하기 위한 정부의 기본 정책과 추진 체계를 마련하여 우리 사회에서 지식재산의 가치가 최대한 발휘될 수 있도록 함으로써 국가의 경제·사회 및 문화 등의 발전과 국민의 삶의 질 향상에 이바지하는 것을 목적으로 한다. **제2조(기본이념)** 정부는 지식재산 관련 정책을 다음 각 호의 기본이념에 따라 추진하여야 한다. 1. 저작자, 발명가, 과학기술자 및 예술가 등 지식재산 창출자가 창의적이고 안정적으로 활동할 수 있도록 함으로써 우수한 지식재산의 창출을 촉진한다. 2. 지식재산을 효과적이고 안정적으로 보호하고, 그 활용을 촉진하는 동시에 합리적이고 공정한 이용을 도모한다. 3. 지식재산이 존중되는 사회환경을 조성하고 전문인력과 관련 산업을 육성함으로써 지식재산의 창출·보호 및 활용을 촉진하기 위한 기반을 마련한다. 4. 지식재산에 관한 국내규범과 국제규범 간의 조화를 도모하고 개발도상국의 지식재산 역량 강화를 지원함으로써 국제사회의 공동 발전에 기여한다. **제3조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "지식재산"이란 인간의 창조적 활동 또는 경험 등에 의하여 창출되거나 발견된 지식·정보·기술, 사상이나 감정의 표현, 영업이나 물건의 표시, 생물의 품종이나 유전자원(遺傳資源), 그 밖에 무형적인 것으로서 재산적 가치가 실현될 수 있는 것을 말한다. 2. "신지식재산"이란 경제·사회 또는 문화의 변화나 과학기술의 발전에 따라 새로운 분야에서 출현하는 지식재산을 말한다. 3. "지식재산권"이란 법령 또는 조약 등에 따라 인정되거나 보호되는 지식재산에 관한 권리를 말한다. 4. "공공연구기관"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. 가. 국가 또는 지방자치단체가 직접 설립·운영하는 연구기관 나.「고등교육법」제2조에 따른 학교 다.「정부출연연구기관 등의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」제2조에 따른 정부출연연구기관 라.「과학기술분야 정부출연연구기관 등의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」제2조에 따른 과학기술분야 정부출연연구기관 마.「지방자치단체출연 연구원의 설립 및 운영에 관한 법률」제2조에 따른 지방자치단체출연연구원 바.「특정연구기관 육성법」제2조에 따른 특정연구기관 사.「산업기술혁신 촉진법」제42조에 따른 전문생산기술연구소 아.「공익법인의 설립·운영에 관한 법률」제2조에 따른 공익법인 중 지식재산의 창출이나 활용과 관련된 업무를 수행하는 기관 자.「공공기관의 운영에 관한 법률」제4조에 따라 공공기관으로 지정된 기관 중 지식재산의 창출이나 활용과 관련된 업무를 수행하는 기관 5. "사업자등"이란 공공연구기관 외의 자로서 지식재산과 관련된 사업을 하거나 연구·지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

[법규45] 소비자기본법

내용
제70조(단체소송의 대상등) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다. <개정 2016. 3. 29.> 1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체 가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것 나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것 다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것 2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원 3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체 4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체 가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것 나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

[법규46] 자본시장과 금융투자업에 관한 법률(약칭: 자본시장법)

내용
제3조(금융투자상품) ① 이 법에서 "금융투자상품"이란 이익을 얻거나 손실을 회피할 목적으로 현재 또는 장래의 특정(特定) 시점에 금전, 그 밖의 재산적 가치가 있는 것(이하 "금전등"이라 한다)을 지급하기로 약정함으로써 취득하는 권리로서, 그 권리를 취득하기 위하여 지급하였거나 지급하여야 할 금전등의 총액(판매수수료 등 대통령령으로 정하는 금액을 제외한다)이 그 권리로부터 회수하였거나 회수할 수 있는 금전등의 총액(해지수수료 등 대통령령으로 정하는 금액을 포함한다)을 초과하게 될 위험(이하 "투자성"이라 한다)이 있는 것을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 제외한다. <개정 2011. 7. 25., 2013. 5. 28.> 1. 원화로 표시된 양도성 예금증서 2.「신탁법」제78조제1항에 따른 수익증권발행신탁이 아닌 신탁으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 신탁(제103조제1항제1호의 재산을 신탁받는 경우는 제외하고 수탁자가「신탁법」제46조부터 제48조까지의 규정에 따라 처분 권한을 행사하는 경우는 포함한다. 이하 "관리형신탁"이라 한다)의 수익권 가. 위탁자(신탁계약에 따라 처분권한을 가지고 있는 수익자를 포함한다)의 지시에 따라서만 신탁재산의 처분이 이루어지는 신탁 나. 신탁계약에 따라 신탁재산에 대하여 보존행위 또는 그 신탁재산의 성질을 변경하지 아니하는 범위에서 이용·개량 행위만을 하는 신탁 3. 그 밖에 해당 금융투자상품의 특성 등을 고려하여 금융투자상품에서 제외하더라도 투자자 보호 및 건전한 거래질서를 해할 우려가 없는 것으로서 대통령령으로 정하는 금융투자상품 ② 제1항의 금융투자상품은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 증권 2. 파생상품 가. 장내파생상품 나. 장외파생상품 **제4조(증권)** ① 이 법에서 "증권"이란 내국인 또는 외국인이 발행한 금융투자상품으로서 투자자가 취득과 동시에 지급한 금전등 외에 어떠한 명목으로든지 추가로 지급의무(투자자가 기초자산에 대한 매매를 성립시킬 수 있는 권리를 행사하게 됨으로써 부담하게 되는 지급의무를 제외한다)를 부담하지 아니하는 것을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증권은 제2편제5장, 제3편제1장(제8편부터 제10편까지의 규정 중 제2편제5장, 제3편제1장의 규정에 따른 의무 위반행위에 대한 부분을 포함한다) 및 제178조·제179조를 적용하는 경우에만 증권으로 본다. <개정 2013. 5. 28., 2015. 7. 24.> 1. 투자계약증권 2. 지분증권, 수익증권 또는 증권예탁증권 중 해당 증권의 유통 가능성, 이 법 또는 금융관련 법령에서의 규제 여부 등을 종합적으로 고려하여 대통령령으로 정하는 증권 ② 제1항의 증권은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 채무증권 2. 지분증권 3. 수익증권 4. 투자계약증권 5. 파생결합증권 6. 증권예탁증권 ③ 이 법에서 "채무증권"이란 국채증권, 지방채증권, 특수채증권(법률에 의하여 직접 설립된 법인

이 발행한 채권을 말한다. 이하 같다), 사채권(「상법」 제469조제2항제3호에 따른 사채의 경우에는 제7항제1호에 해당하는 것으로 한정한다. 이하 같다), 기업어음증권(기업이 사업에 필요한 자금을 조달하기 위하여 발행한 약속어음으로서 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 것을 말한다. 이하 같다), 그 밖에 이와 유사(類似)한 것으로서 지급청구권이 표시된 것을 말한다. <개정 2013. 5. 28.>

④ 이 법에서 "지분증권"이란 주권, 신주인수권이 표시된 것, 법률에 의하여 직접 설립된 법인이 발행한 출자증권, 「상법」에 따른 합자회사·유한책임회사·유한회사·합자조합·익명조합의 출자지분, 그 밖에 이와 유사한 것으로서 출자지분 또는 출자지분을 취득할 권리가 표시된 것을 말한다. <개정 2013. 5. 28.>

⑤ 이 법에서 "수익증권"이란 제110조의 수익증권, 제189조의 수익증권, 그 밖에 이와 유사한 것으로서 신탁의 수익권이 표시된 것을 말한다.

⑥ 이 법에서 "투자계약증권"이란 특정 투자자가 그 투자자와 타인(다른 투자자를 포함한다. 이하 이 항에서 같다) 간의 공동사업에 금전등을 투자하고 주로 타인이 수행한 공동사업의 결과에 따른 손익을 귀속받는 계약상의 권리가 표시된 것을 말한다.

⑦ 이 법에서 "파생결합증권"이란 기초자산의 가격·이자율·지표·단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등의 변동과 연계하여 미리 정하여진 방법에 따라 지급하거나 회수하는 금전등이 결정되는 권리가 표시된 것을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것은 제외한다. <개정 2013. 5. 28., 2016. 3. 29., 2017. 4. 18., 2022. 12. 31.>

1. 발행과 동시에 투자자가 지급한 금전등에 대한 이자, 그 밖의 과실(果實)에 대하여만 해당 기초자산의 가격·이자율·지표·단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등의 변동과 연계된 증권
2. 제5조제1항제2호에 따른 계약상의 권리(제5조제1항 각 호 외의 부분 단서에서 정하는 금융투자상품은 제외한다)
3. 해당 사채의 발행 당시 객관적이고 합리적인 기준에 따라 미리 정하는 사유가 발생하는 경우 주식으로 전환되거나 그 사채의 상환과 이자지급 의무가 감면된다는 조건이 붙은 것으로서 제165조의11제1항에 따라 주권상장법인이 발행하는 사채

3의2. 「은행법」 제33조제1항제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 상각형 조건부자본증권, 은행주식 전환형 조건부자본증권 및 은행지주회사주식 전환형 조건부자본증권

3의3. 「금융지주회사법」 제15조의2제1항제2호 또는 제3호에 따른 상각형 조건부자본증권 또는 전환형 조건부자본증권

3의4. 「보험업법」 제114조의2제1항제1호에서 제3호까지의 규정에 따른 상각형 조건부자본증권, 보험회사주식 전환형 조건부자본증권 및 금융지주회사주식 전환형 조건부자본증권

4. 「상법」 제469조제2항제2호, 제513조 및 제516조의2에 따른 사채
5. 그 밖에 제1호부터 제3호까지, 제3호의2부터 제3호의4까지 및 제4호에 따른 금융투자상품과 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 금융투자상품

⑧ 이 법에서 "증권예탁증권"이란 제2항제1호부터 제5호까지의 증권을 예탁받은 자가 그 증권이 발행된 국가 외의 국가에서 발행한 것으로서 그 예탁받은 증권에 관련된 권리가 표시된 것을 말한다.

⑨ 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 증권에 표시될 수 있거나 표시되어야 할 권리는 그 증권이 발행되지 아니한 경우에도 그 증권으로 본다.

⑩ 이 법에서 "기초자산"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

1. 금융투자상품
2. 통화(외국의 통화를 포함한다)
3. 일반상품(농산물·축산물·수산물·임산물·광산물·에너지에 속하는 물품 및 이 물품을 원료로 하여 제조하거나 가공한 물품, 그 밖에 이와 유사한 것을 말한다)
4. 신용위험(당사자 또는 제삼자의 신용등급의 변동, 파산 또는 채무재조정 등으로 인한 신용의 변동을 말한다)
5. 그 밖에 자연적·환경적·경제적 현상 등에 속하는 위험으로서 합리적이고 적정한 방법에 의하여 가격·이자율·지표·단위의 산출이나 평가가 가능한 것

제125조(거짓의 기재 등으로 인한 배상책임)

① 증권신고서(정정신고서 및 첨부서류를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)와 투자설명서(예비투자설명서 및 간이투자설명서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다) 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 증권의 취득자가 손해를 입은 경우에는 다음 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 진다. 다만, 배상의 책임을 질 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 이를 알 수 없었음을 증명하거나 그 증권의 취득자가 취득의 청약을 할 때에 그 사실을 안 경우에는 배상의 책임을 지지 아니한다. <개정 2009. 2. 3., 2013. 5. 28.>

1. 그 증권신고서의 신고인과 신고 당시의 발행인의 이사(이사가 없는 경우 이에 준하는 자를 말하며, 법인의 설립 전에 신고된 경우에는 그 발기인을 말한다)
2. 「상법」 제401조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 그 증권신고서의 작성을 지시하거나 집행한 자
3. 그 증권신고서의 기재사항 또는 그 첨부서류가 진실 또는 정확하다고 증명하여 서명한 공인회계사·감정인 또는 신용평가를 전문으로 하는 자 등(그 소속단체를 포함한다) 대통령령으로 정하는 자
4. 그 증권신고서의 기재사항 또는 그 첨부서류에 자기의 평가·분석·확인 의견이 기재되는 것에 대하여 동의하고 그 기재내용을 확인한 자
5. 그 증권의 인수인 또는 주선인(인수인 또는 주선인이 2인 이상인 경우에는 대통령령으로 정하는 자를 말한다)
6. 그 투자설명서를 작성하거나 교부한 자
7. 매출의 방법에 의한 경우 매출신고 당시의 매출인

② 예측정보가 다음 각 호에 따라 기재 또는 표시된 경우에는 제1항에 불구하고 제1항 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 지지 아니한다. 다만, 그 증권의 취득자가 취득의 청약시에 예측정보 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니한 사실을 알지 못한 경우로서 제1항 각 호의 자에게 그 기재 또는 표시와 관련하여 고의 또는 중대한 과실이 있었음을 증명한 경우에는 배상의 책임을 진다.

1. 그 기재 또는 표시가 예측정보라는 사실이 밝혀져 있을 것
2. 예측 또는 전망과 관련된 가정이나 판단의 근거가 밝혀져 있을 것
3. 그 기재 또는 표시가 합리적 근거나 가정에 기초하여 성실하게 행하여졌을 것
4. 그 기재 또는 표시에 대하여 예측치와 실제 결과치가 다를 수 있다는 주의문구가 밝혀져 있을 것

③ 제2항은 주권비상장법인이 최초로 주권을 모집 또는 매출하기 위하여 증권신고서를 제출하는 경우에는 적용하지 아니한다.

제162조(거짓의 기재 등에 의한 배상책임)

① 사업보고서등과 그 첨부서류(회계감사인의 감사보고서는 제외한다) 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 사업보고서 제출대상법인이 발행한 증권(그 증권과 관련된 증권예탁증권, 그 밖에 대통령령으로 정하는 증권을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 취득자 또는 처분자가 손해를 입은 경우에는 다음 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 진다. 다만, 배상의 책임을 질 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 이를 알 수 없었음을 증명하거나 그 증권의 취득자 또는 처분자가 그 취득 또는 처분을 할 때에 그 사실을 안 경우에는 배상의 책임을 지지 아니한다. <개정 2009. 2. 3., 2025. 1. 21.>

1. 그 사업보고서등의 제출인과 제출당시의 그 사업보고서 제출대상법인의 이사
2. 「상법」 제401조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 그 사업보고서등의 작성을 지시하거나 집행한 자
3. 그 사업보고서등의 기재사항 및 그 첨부서류가 진실 또는 정확하다고 증명하여 서명한 공인

회계사·감정인 또는 신용평가를 전문으로 하는 자 등(그 소속단체를 포함한다) 대통령령으로 정하는 자

4. 그 사업보고서등의 기재사항 및 그 첨부서류에 자기의 평가·분석·확인 의견이 기재되는 것에 대하여 동의하고 그 기재내용을 확인한 자

② 예측정보가 다음 각 호에 따라 기재 또는 표시된 경우에는 제1항에 불구하고 제1항 각 호의 자는 그 손해에 관하여 배상의 책임을 지지 아니한다. 다만, 해당 증권의 취득자 또는 처분자가 그 취득 또는 처분을 할 때에 예측정보 중 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니한 사실을 알지 못한 경우로서 제1항 각 호의 자에게 그 기재 또는 표시와 관련하여 고의 또는 중대한 과실이 있었음을 증명한 경우에는 배상의 책임을 진다.

1. 그 기재 또는 표시가 예측정보라는 사실이 밝혀져 있을 것
2. 예측 또는 전망과 관련된 가정 또는 판단의 근거가 밝혀져 있을 것
3. 그 기재 또는 표시가 합리적 근거 또는 가정에 기초하여 성실하게 행하여졌을 것
4. 그 기재 또는 표시에 대하여 예측치와 실제 결과치가 다를 수 있다는 주의문구가 밝혀져 있을 것

③ 제1항 및 제2항에 따라 배상할 금액은 청구권자가 그 증권을 취득 또는 처분함에 있어서 실제로 지급한 금액 또는 받은 금액과 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 금액(처분의 경우에는 제1호에 한한다)과의 차액으로 추정한다.

1. 제1항 및 제2항에 따라 손해배상을 청구하는 소송의 변론이 종결될 때의 그 증권의 시장가격(시장가격이 없는 경우에는 추정처분가격을 말한다)
2. 제1호의 변론종결 전에 그 증권을 처분한 경우에는 그 처분가격

④ 제3항에 불구하고 제1항 및 제2항에 따라 배상책임을 질 자는 청구권자가 입은 손해액의 전부 또는 일부가 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 발생한 것이 아님을 증명한 경우에는 그 부분에 대하여 배상책임을 지지 아니한다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따른 배상의 책임은 그 청구권자가 해당 사실을 안 날부터 1년 이내 또는 해당 제출일부터 3년 이내에 청구권을 행사하지 아니한 경우에는 소멸한다.

제170조(회계감사인의 손해배상책임)

①「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」제31조제2항부터 제9항까지의 규정은 선의의 투자자가 사업보고서등에 첨부된 회계감사인(외국회계감사인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 감사보고서를 신뢰하여 손해를 입은 경우 그 회계감사인의 손해배상책임에 관하여 준용한다. <개정 2009. 2. 3., 2014. 1. 28., 2017. 10. 31.>

② 제1항에 따라 배상할 금액은 청구권자가 그 증권(그 증권과 관련된 증권예탁증권, 그 밖에 대통령령으로 정하는 증권을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 취득 또는 처분함에 있어서 실제로 지급한 금액 또는 받은 금액과 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 금액(처분의 경우에는 제1호에 한한다)과의 차액으로 추정한다.

1. 제1항에 따라 손해배상을 청구하는 소송의 변론이 종결될 때의 그 증권의 시장가격(시장가격이 없는 경우에는 추정처분가격을 말한다)
2. 제1호의 변론종결 전에 그 증권을 처분한 경우에는 그 처분가격

③ 제2항에 불구하고 제1항에 따라 배상책임을 질 자는 청구권자가 입은 손해액의 전부 또는 일부가 중요사항에 관하여 거짓의 기재 또는 표시가 있거나 중요사항이 기재 또는 표시되지 아니함으로써 발생한 것이 아님을 증명한 경우에는 그 부분에 대하여 배상책임을 지지 아니한다.

제175조(미공개중요정보 이용행위의 배상책임)

① 제174조를 위반한 자는 해당 특정증권등의 매매, 그 밖의 거래를 한 자가 그 매매, 그 밖의 거래와 관련하여 입은 손해를 배상할 책임을 진다.

② 제1항에 따른 손해배상청구권은 청구권자가 제174조를 위반한 행위가 있었던 사실을 안 때부터 2년간 또는 그 행위가 있었던 때부터 5년간 이를 행사하지 아니한 경우에는 시효로 인하여

소멸한다. <개정 2018. 3. 27.>

제177조(시세조종의 배상책임)

① 제176조를 위반한 자는 다음 각 호의 구분에 따른 손해를 배상할 책임을 진다. <개정 2013. 5. 28.>

1. 그 위반행위로 인하여 형성된 가격에 의하여 해당 증권 또는 파생상품에 관한 매매등을 하거나 그 위탁을 한 자가 그 매매등 또는 위탁으로 인하여 입은 손해
2. 제1호의 손해 외에 그 위반행위(제176조제4항 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 한정한다)로 인하여 가격에 영향을 받은 다른 증권, 파생상품 또는 그 증권·파생상품의 기초자산에 대한 매매등을 하거나 그 위탁을 한 자가 그 매매등 또는 위탁으로 인하여 입은 손해
3. 제1호 및 제2호의 손해 외에 그 위반행위(제176조제4항 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 한정한다)로 인하여 특정 시점의 가격 또는 수치에 따라 권리행사 또는 조건성취 여부가 결정되거나 금전등이 결제되는 증권 또는 파생상품과 관련하여 그 증권 또는 파생상품을 보유한 자가 그 위반행위로 형성된 가격 또는 수치에 따라 결정되거나 결제됨으로써 입은 손해

② 제1항에 따른 손해배상청구권은 청구권자가 제176조를 위반한 행위가 있었던 사실을 안 때부터 2년간 또는 그 행위가 있었던 때부터 5년간 이를 행사하지 아니한 경우에는 시효로 인하여 소멸한다. <개정 2018. 3. 27.>

제179조(부정거래행위 등의 배상책임)

① 제178조를 위반한 자는 그 위반행위로 인하여 금융투자상품의 매매, 그 밖의 거래를 한 자가 그 매매, 그 밖의 거래와 관련하여 입은 손해를 배상할 책임을 진다.

② 제1항에 따른 손해배상청구권은 청구권자가 제178조를 위반한 행위가 있었던 사실을 안 때부터 2년간 또는 그 행위가 있었던 때부터 5년간 이를 행사하지 아니한 경우에는 시효로 인하여 소멸한다. <개정 2018. 3. 27.>

[법규47] 노동조합 및 노동관계조정법(약칭: 노동조합법)

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2021. 1. 5.> 1. "근로자"라 함은 직업의 종류를 불문하고 임금·급료 기타 이에 준하는 수입에 의하여 생활하는 자를 말한다. 2. "사용자"라 함은 사업주, 사업의 경영담당자 또는 그 사업의 근로자에 관한 사항에 대하여 사업주를 위하여 행동하는 자를 말한다. 3. "사용자단체"라 함은 노동관계에 관하여 그 구성원인 사용자에 대하여 조정 또는 규제할 수 있는 권한을 가진 사용자의 단체를 말한다. 4. "노동조합"이라 함은 근로자가 주체가 되어 자주적으로 단결하여 근로조건의 유지·개선 기타 근로자의 경제적·사회적 지위의 향상을 도모함을 목적으로 조직하는 단체 또는 그 연합단체를 말한다. 다만, 다음 각목의 1에 해당하는 경우에는 노동조합으로 보지 아니한다. 가. 사용자 또는 항상 그의 이익을 대표하여 행동하는 자의 참가를 허용하는 경우 나. 경비의 주된 부분을 사용자로부터 원조받는 경우 다. 공제·수양 기타 복리사업만을 목적으로 하는 경우 라. 근로자가 아닌 자의 가입을 허용하는 경우 마. 주로 정치운동을 목적으로 하는 경우 5. "노동쟁의"라 함은 노동조합과 사용자 또는 사용자단체(이하 "勞動關係 當事者"라 한다)간에 임금·근로시간·복지·해고 기타 대우등 근로조건의 결정에 관한 주장의 불일치로 인하여 발생한 분쟁상태를 말한다. 이 경우 주장의 불일치라 함은 당사자간에 합의를 위한 노력을 계속하여도 더이상 자주적 교섭에 의한 합의의 여지가 없는 경우를 말한다. 6. "쟁의행위"라 함은 파업·태업·직장폐쇄 기타 노동관계 당사자가 그 주장을 관철할 목적으로 행하는 행위와 이에 대항하는 행위로서 업무의 정상적인 운영을 저해하는 행위를 말한다.

[법규48] 집회 및 시위에 관한 법률(약칭: 집시법)

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2020. 12. 22.> 1. "옥외집회"란 천장이 없거나 사방이 폐쇄되지 아니한 장소에서 여는 집회를 말한다. 2. "시위"란 여러 사람이 공동의 목적을 가지고 도로, 광장, 공원 등 일반인이 자유로이 통행할 수 있는 장소를 행진하거나 위력(威力) 또는 기세(氣勢)를 보여, 불특정한 여러 사람의 의견에 영향을 주거나 제압(制壓)을 가하는 행위를 말한다. 3. "주최자(主催者)"란 자기 이름으로 자기 책임 아래 집회나 시위를 여는 사람이나 단체를 말한다. 주최자는 주관자(主管者)를 따로 두어 집회 또는 시위의 실행을 맡아 관리하도록 위임할 수 있다. 이 경우 주관자는 그 위임의 범위 안에서 주최자로 본다. 4. "질서유지인"이란 주최자가 자신을 보좌하여 집회 또는 시위의 질서를 유지하게 할 목적으로 임명한 자를 말한다. 5. "질서유지선"이란 관할 경찰서장이나 시·도경찰청장이 적법한 집회 및 시위를 보호하고 질서유지나 원활한 교통 소통을 위하여 집회 또는 시위의 장소나 행진 구간을 일정하게 구획하여 설정한 띠, 방책(防柵), 차선(車線) 등의 경계 표지(標識)를 말한다. 6. "경찰관서"란 국가경찰관서를 말한다.

[법규49] 독점규제 및 공정거래에 관한 법률(약칭: 공정거래법)

내용
제1조(목적) 이 법은 사업자의 시장지배적지위의 남용과 과도한 경제력의 집중을 방지하고, 부당한 공동행위 및 불공정거래행위를 규제하여 공정하고 자유로운 경쟁을 촉진함으로써 창의적인 기업활동을 조성하고 소비자를 보호함과 아울러 국민경제의 균형 있는 발전을 도모함을 목적으로 한다.

[법규50] 증권관련 집단소송법

내용
제1조(목적) 이 법은 증권의 거래과정에서 발생한 집단적인 피해를 효율적으로 구제하고 이를 통하여 기업의 경영투명성을 높이기 위하여 증권관련집단소송에 관하여 「민사소송법」에 대한 특례를 정하는 것을 목적으로 한다. [전문개정 2010. 3. 31.]
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "증권관련집단소송"이란 증권의 매매 또는 그 밖의 거래과정에서 다수인에게 피해가 발생한 경우 그 중의 1인 또는 수인(數人)이 대표당사자가 되어 수행하는 손해배상청구소송을 말한다. 2. "총원"(總員)이란 증권의 매매 또는 그 밖의 거래과정에서 다수인에게 피해가 발생한 경우 그 손해의 보전(補塡)에 관하여 공통의 이해관계를 가지는 피해자 전원을 말한다. 3. "구성원"이란 총원을 구성하는 각각의 피해자를 말한다. 4. "대표당사자"란 법원의 허가를 받아 총원을 위하여 증권관련집단소송 절차를 수행하는 1인 또는 수인의 구성원을 말한다. 5. "제외신고"(除外申告)란 구성원이 증권관련집단소송에 관한 판결 등의 기판력(旣判力)을 받지 아니하겠다는 의사를 법원에 신고하는 것을 말한다. 6. "증권"이란 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제4조에 따른 증권을 말한다. [전문개정 2010. 3. 31.]
제3조(적용 범위) ① 증권관련집단소송의 소(訴)는 다음 각 호의 손해배상청구에 한정하여 제기할 수 있다. 1. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제125조에 따른 손해배상청구 2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제162조(제161조에 따른 주요사항보고서의 경우는 제외한다)에 따른 손해배상청구 3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제175조, 제177조 또는 제179조에 따른 손해배상청구 4. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제170조에 따른 손해배상청구 ② 제1항에 따른 손해배상청구는 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인이 발행한 증권의 매매 또는 그 밖의 거래로 인한 것이어야 한다. [전문개정 2010. 3. 31.]
제4조(관할) 증권관련집단소송은 피고의 보통재판적(普通裁判籍) 소재지를 관할하는 지방법원 본원 합의부의 전속관할로 한다. [전문개정 2010. 3. 31.]

[법규51] 산업재해보상보험법(약칭: 산재보험법)

내용

제1조(목적)
이 법은 산업재해보상보험 사업을 시행하여 근로자의 업무상의 재해를 신속하고 공정하게 보상하며, 재해근로자의 재활 및 사회 복귀를 촉진하기 위하여 이에 필요한 보험시설을 설치·운영하고, 재해 예방과 그 밖에 근로자의 복지 증진을 위한 사업을 시행하여 근로자 보호에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(보험의 관장과 보험연도)
① 이 법에 따른 산업재해보상보험 사업(이하 "보험사업"이라 한다)은 고용노동부장관이 관장한다. <개정 2010. 6. 4.>
② 이 법에 따른 보험사업의 보험연도는 정부의 회계연도에 따른다.

제3조(국가의 부담 및 지원)
① 국가는 회계연도마다 예산의 범위에서 보험사업의 사무 집행에 드는 비용을 일반회계에서 부담하여야 한다.
② 국가는 회계연도마다 예산의 범위에서 보험사업에 드는 비용의 일부를 지원할 수 있다.

제4조(보험료)
이 법에 따른 보험사업에 드는 비용에 충당하기 위하여 징수하는 보험료나 그 밖의 징수금에 관하여는 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 "보험료징수법"이라 한다)에서 정하는 바에 따른다.

제5조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 27., 2010. 5. 20., 2010. 6. 4., 2012. 12. 18., 2017. 10. 24., 2018. 6. 12., 2020. 5. 26.>

1. "업무상의 재해"란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"이란 각각 「근로기준법」에 따른 "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 "임금" 또는 "평균임금"을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 "임금" 또는 "평균임금"으로 한다.
3. "유족"이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. "치유"란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. "중증요양상태"란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. "진폐"(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. "출퇴근"이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제6조(적용 범위)
이 법은 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장(이하 "사업"이라 한다)에 적용한다. 다만, 위험률·규모 및 장소 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 사업에 대하여는 이 법을 적용하지 아

니한다.

[법규52] 장애인복지법

내용
제2조(장애인의 정의 등) ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다. 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다. ③ "장애인학대"란 장애인에 대하여 신체적·정신적·정서적·언어적·성적 폭력이나 가혹행위, 경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다. <신설 2012. 10. 22., 2015. 6. 22.> ④ (생 략) **제32조(장애인 등록)** ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.> ② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 발급받은 장애인이 등록증과 효력이 동일한 모바일 등록증(「전기통신사업법」 제2조제20호에 따른 이동통신단말장치에 암호화된 형태로 설치된 등록증을 말한다. 이하 같다)의 발급을 신청하는 경우에는 이를 추가로 발급할 수 있다. <신설 2025. 4. 22.> ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.> ④ 등록증(모바일 등록증을 포함한다. 이하 같다)은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 유사한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다. <개정 2025. 4. 22.> ⑤ 누구든지 다른 사람의 등록증 또는 그 복사본이나 이미지파일(이하 "복사본등"이라 한다)을 부정하게 사용하여서는 아니 된다. <신설 2025. 4. 22.> ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. <신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.> ⑦ 삭제 <2021. 7. 27.> ⑧ 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장기본법」 제37조에 따른 사회보장정보시스템을 이용하여 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인이 필요한 경우에 이를 확인하여 줄 수 있다. <개정 2024. 2. 13.> ⑨ 제1항부터 제6항까지 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2024. 2. 13., 2025. 4. 22.>

[규정1] 관공서의 공휴일에 관한 규정(약칭: 관공서공휴일규정)

내용

제1조(목적)
이 영은「국가공무원법」및「공휴일에 관한 법률」에 따라 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 2021. 8. 4.>

제2조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.>

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제<2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2.「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)
① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다. <개정 2023. 5. 4.>

1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

[전문개정 2021. 8. 4.]

부칙 <제33448호, 2023. 5. 4.>
이 영은 공포한 날부터 시행한다.

AXA예방케어/상담케어 서비스 안내문

1. 예방케어/상담케어 서비스

1) 제공조건 및 대상

- 예방케어/상담케어 서비스는 계약 체결 이후 보험계약이 유효한 피보험자에 한해 제공됩니다.

단, 계약자 및 피보험자가 계약 체결 시 "계약체결, 이행, 부가서비스 제공 등을 위한 개인정보 수집, 이용, 조회, 제공동의"에 동의한 경우에 한하며, 회사가 정한 제공기준을 충족한 계약에 한하여 제공하여 드립니다.

2) 서비스 제공기간

- 보험계약일로부터 5년으로 최초계약에 한해 적용됩니다.(단, 보험계약일로부터 5년 이내에 청약의 철회 및 계약의 무효, 소멸, 해지 시 서비스 제공이 중지됩니다.)

3) 서비스별 제공에 관한 사항

예방케어 서비스
- 전문 의료진 건강상담 - 건강정보 제공 - 건강검진 우대예약 - 병원안내 및 진료예약

상담케어 서비스
- 식습관 개선 영양상담 - 스트레스 자가진단 및 전화심리상담

※ 서비스 제공 유의사항

- 해당 서비스는 회사가 제휴를 맺은 "서비스제공회사"가 제공하는 서비스이며 이에 대한 책임은 "서비스제공회사"에 있으며, 서비스 내용 및 제공방법이 변경되거나 중지될 수 있습니다. 서비스 내용 및 제공방법이 변경되거나 중지되는 경우에는, 지체 없이 그 세부사항을 회사 홈페이지 내 게시, 우편, 휴대폰 문자(어플리케이션 알림 메시지를 포함), 이메일 등을 통하여 해당 보험계약의 피보험자에게 사전에 안내합니다. 피보험자는 관련 내용 변경에 대한 당사의 사전통지일로부터 1개월 이내에 전화를 통하여 변경에 대해 회사에 이의제기를 할 수 있으며, 피보험자가 별도의 거부의사를 표시하지 않는 경우 변경에 동의한 것으로 간주하여 회사가 동의를 받은 것으로 봅니다.
- 서비스 이용 안내 및 문의: 에임메드
  (국번 없이 1661-8116, 운영시간 월~금: 09시 ~ 18시, 주말 및 공휴일 제외)

당사 기가입자 할인 안내문

1. 할인대상

이 계약의 계약자 또는 피보험자가 계약체결시점에 당사 장기보험/자동차보험/일반보험(1년미만 단체 또는 제휴보험 제외)의 계약자 또는 피보험자인 경우 보험료 할인을 적용하여 드립니다. (다만, 계약체결당시 유효한 계약에 한합니다.)

2. 할인금액 및 할인적용방법

계약체결시점에 할인대상에 해당되는 경우, 초회보험료부터 영업보험료의 3% 할인을 적용하여 드립니다. (계약체결시점에 할인대상에 해당되는 경우, 갱신계약에 대해서도 동일하게 적용하여 드립니다.)

보험용어 해설

○ **보험약관**
- 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**
- 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

○ **보험계약자**
- 보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ **피보험자**
- 보험사고 발생의 대상이 되는 사람

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

○ **보험기간**
- 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보험계약일**
- 보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험료**
- 보험계약에 의하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

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

○ **보험가입금액**
- 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금

○ **계약자적립액**
- 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

○ **해약환급금**
- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

○ **보험계약대출이율**
- 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

특별약관 색인

(0)	(갱신형)10대고액암진단금 특별약관	122
	(갱신형)16대특정암진단금 특별약관	125
	(갱신형)2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관	340
	(갱신형)32대질병수술 특별약관	398
	(갱신형)5대고액치료비암진단금 특별약관	119
	(갱신형)5대골절수술 특별약관	549
	(갱신형)5대골절진단 특별약관	548
	(갱신형)5대질환수술(관혈/비관혈)(연간1회한) 특별약관	401
(ㄱ)	(갱신형)가족일상생활배상책임Ⅱ 특별약관	680
	(갱신형)골절진단의료비용(치아파절제외) 특별약관	544
	(갱신형)교통상해50%이상후유장해(비운전자) 특별약관	441
	(갱신형)교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관	438
	(갱신형)교통상해5대골절수술(운전자용) 특별약관	553
	(갱신형)교통상해5대골절진단(운전자용) 특별약관	551
	(갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관	480
	(갱신형)교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관	469
	(갱신형)교통상해사망(비운전자) 특별약관	432
	(갱신형)교통상해사망(운전자용) 특별약관	430
	(갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(비운전자) 특별약관	474
	(갱신형)교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관	466
	(갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관	528
	(갱신형)교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관	526
	(갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관	533
	(갱신형)교통상해종합병원입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관	530
	(갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관	436
	(갱신형)교통상해후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관	434
	(갱신형)급성심근경색증사망 특별약관	354
	(갱신형)급성심근경색증수술 특별약관	332
	(갱신형)급성심근경색증진단금 특별약관	314
	(갱신형)급성심근경색증진단후생활자금 특별약관	320
	(갱신형)급성심근경색증혈전용해치료비 특별약관	336
	(갱신형)기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관	257
	(갱신형)깁스치료비 특별약관	595

	교통사고처리지원금(공탁금 선지급) 특별약관	695
(ㄴ)	(갱신형)뇌경색증혈전용해치료비 특별약관	338
	(갱신형)뇌졸중사망 특별약관	352
	(갱신형)뇌졸중진단금 특별약관	310
	(갱신형)뇌출혈및급성심근경색증입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	325
	(갱신형)뇌출혈수술 특별약관	328
	(갱신형)뇌출혈진단금 특별약관	308
	(갱신형)뇌출혈진단후생활자금 특별약관	318
	(갱신형)뇌혈관질환수술 특별약관	330
	(갱신형)뇌혈관질환진단금 특별약관	312
(ㄷ)	(갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암)(연간1회한) 특별약관	187
	(갱신형)다빈치로봇암수술(전립선암및갑상선암제외)(연간1회한) 특별약관	182
	(갱신형)단지내상해사망후유장해(3~100%) 특별약관	495
	(갱신형)대상포진눈병진단금 특별약관	410
	(갱신형)대상포진진단금 특별약관	408
	(갱신형)대중교통이용중교통상해사망후유장해(3~100%) 특별약관	451
(ㄹ)	(갱신형)루게릭병진단금 특별약관	414
(ㅁ)	(갱신형)말기간경화진단금 특별약관	416
	(갱신형)말기신부전증진단금 특별약관	418
	(갱신형)말기폐질환진단금 특별약관	420
	(갱신형)면허정지보험금(영업용) 특별약관	647
	(갱신형)면허취소보험금(영업용) 특별약관	649
	(갱신형)민사소송법률비용손해 특별약관	651
(ㅂ)	(갱신형)보이스피싱손해 특별약관	644
	(갱신형)붕괴침강및사태상해사망후유장해(3~100%) 특별약관	497
	(갱신형)비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간1회한,진단후10년) 특별약관	284
	(갱신형)뺑소니무보험차일반상해50%이상후유장해 특별약관	456
	(갱신형)뺑소니무보험차일반상해80%이상후유장해 특별약관	460
	(갱신형)뺑소니무보험차일반상해사망 특별약관	464
	배상책임관련 특별약관 공통조항	672
	보험료 납입유예제도 특별약관	697
	보험료자동이체납입 특별약관	688
(ㅅ)	(갱신형)상급종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관	348

	(갱신형)상급종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관	279
	(갱신형)상급종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년)특별약관	273
	(갱신형)상해CT검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관	574
	(갱신형)상해MRI검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관	572
	(갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관	521
	(갱신형)상해간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관	515
	(갱신형)상해간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관	518
	(갱신형)상해간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	511
	(갱신형)상해간호・간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	524
	(갱신형)상해관절(무릎・고관절)손상수술 특별약관	570
	(갱신형)상해사망 특별약관	425
	(갱신형)상해척추손상수술 특별약관	568
	(갱신형)수술(1~8종)(시술포함) 특별약관	588
	(갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(비운전자) 특별약관	448
	(갱신형)신주말교통상해사망후유장해(3~100%)(운전자용) 특별약관	445
	(갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(비운전자) 특별약관	538
	(갱신형)신주말교통상해입원일당(1일이상180일한도)(운전자용) 특별약관	536
	(갱신형)심급별운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(운전자용) 특별약관	635
	(갱신형)심뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	322
(ㅇ)	(갱신형)알츠하이머병진단금 특별약관	404
	(갱신형)암관혈수술(내시경,복강경하,흉강경하수술제외)(연간1회한) 특별약관	176
	(갱신형)암사망 특별약관	305
	(갱신형)암수술 특별약관	166
	(갱신형)암수술(상급종합병원) 특별약관	171
	(갱신형)암요양병원입원일당(1일이상90일한도) 특별약관	146
	(갱신형)암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관	251
	(갱신형)암직접치료상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	156
	(갱신형)암직접치료상급종합병원통원일당 특별약관	161
	(갱신형)암직접치료입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 특별약관	151
	(갱신형)암진단금 특별약관	88
	(갱신형)암진단후생활자금(2년) 특별약관	131
	(갱신형)암진단후생활자금(5년) 특별약관	136
	(갱신형)암특정재활치료비(급여,1일1회한,연간10회한) 특별약관	290

(갱신형)암특정통증완화치료비(급여,연간1회한) 특별약관	295
(갱신형)양성뇌종양진단금 특별약관	422
(갱신형)업무상과실・중과실치사상벌금비용 특별약관	665
(갱신형)업무상과실・중과실치사상변호사선임비용 특별약관	668
(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관	617
(갱신형)운전중교통사고처리지원금(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관	597
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중대법규위반,동승자포함,6주미만)(운전자용) 특별약관	621
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅱ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관	601
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅲ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관	605
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅳ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관	609
(갱신형)운전중교통사고처리지원금Ⅴ(중상해포함,동승자포함)(운전자용) 특별약관	613
(갱신형)운전중교통상해50%이상후유장해(운전자용) 특별약관	443
(갱신형)운전중교통상해80%이상후유장해(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관	477
(갱신형)운전중교통상해사망(체증형,5년간매월지급)(운전자용) 특별약관	472
(갱신형)운전중보복운전피해보장(운전자용) 특별약관	642
(갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해50%이상후유장해(자가용) 특별약관	454
(갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해80%이상후유장해(자가용) 특별약관	458
(갱신형)운전중뺑소니무보험차교통상해사망(자가용) 특별약관	462
(갱신형)운전중사고벌금(대물)(운전자용) 특별약관	633
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원초과,1천만원한도)(운전자용) 특별약관	628
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(2천만원한도)(운전자용) 특별약관	631
(갱신형)운전중사고벌금(대인)(3천만원한도)(운전자용) 특별약관	625
(갱신형)운전중사고변호사선임비용(특정사고경찰조사포함)(500만원한도)(운전자용) 특별약관	639
(갱신형)응급실내원비(응급) 특별약관	593
(갱신형)일반상해50%이상후유장해 특별약관	428
(갱신형)일반상해골절수술 특별약관	546
(갱신형)일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관	545
(갱신형)일반상해상급종합병원수술 특별약관	542
(갱신형)일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	509
(갱신형)일반상해수술 특별약관	540
(갱신형)일반상해응급실내원비(응급) 특별약관	560

	(갱신형)일반상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	503
	(갱신형)일반상해종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	505
	(갱신형)일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	507
	(갱신형)일반상해화상수술 특별약관	558
	(갱신형)일반상해화상진단 특별약관	557
	(갱신형)일반상해후유장해(3~100%) 특별약관	426
	(갱신형)일반상해흉터복원수술 특별약관	562
	(갱신형)일반암치료관리 특별약관	141
	(갱신형)일상생활강력범죄발생 특별약관	580
	이륜자동차운전및탑승중상해부담보 특별약관	685
(ㅈ)	(갱신형)자동차사고민사소송법률비용손해 특별약관	658
	(갱신형)자동차사고부상(1~11급)(비운전자) 특별약관	491
	(갱신형)자동차사고부상(1~11급)(운전자용) 특별약관	485
	(갱신형)자동차사고부상(1~14급)(비운전자) 특별약관	489
	(갱신형)자동차사고부상(1~14급)(운전자용) 특별약관	483
	(갱신형)자동차사고부상(1~3급)(비운전자) 특별약관	493
	(갱신형)자동차사고부상(1~3급)(운전자용) 특별약관	487
	(갱신형)자동차사고성형수술(자가용) 특별약관	578
	(갱신형)자동차사고치아보철치료(자가용) 특별약관	576
	(갱신형)전이암진단금 특별약관	128
	(갱신형)종합병원2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관	344
	(갱신형)종합병원기타피부암및갑상선암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관	268
	(갱신형)종합병원암주요치료비(기타피부암및갑상선암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관	262
	(갱신형)중대한특정상해수술(뇌,내장손상) 특별약관	564
	(갱신형)중증화상및부식진단 특별약관	556
	(갱신형)질병80%이상후유장해 특별약관	359
	(갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관	383
	(갱신형)질병간병인사용입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관	375
	(갱신형)질병간병인사용입원일당(특정병원제외)(181일이상) 특별약관	379
	(갱신형)질병간병인지원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	371
	(갱신형)질병간호・간병통합서비스입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	386
	(갱신형)질병및상해수술 특별약관	585
	(갱신형)질병및상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	583

	(갱신형)질병사망 특별약관	356
	(갱신형)질병상급종합병원수술 특별약관	395
	(갱신형)질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	368
	(갱신형)질병수술 특별약관	389
	(갱신형)질병수술(특정경증질환제외) 특별약관	392
	(갱신형)질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관	363
	(갱신형)질병입원일당(4일이상180일한도) 특별약관	361
	(갱신형)질병종합병원입원일당(4일이상180일한도) 특별약관	365
	(갱신형)질병후유장해(3~100%) 특별약관	357
	장애인전용보험전환 특별약관	692
	제재위반 부담보 특별약관	689
	지정대리청구서비스 특별약관	690
(ㅊ)	(갱신형)추락사고상해사망후유장해(3~100%) 특별약관	500
(ㅋ)	(갱신형)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	225
(ㅌ)	(갱신형)탈구염좌및과긴장수술 특별약관	566
	(갱신형)통풍진단금 특별약관	412
	(갱신형)통합암검사비 특별약관	299
	(갱신형)통합암진단금(12대특정암) 특별약관	113
	(갱신형)통합암진단금(4대특정암) 특별약관	98
	(갱신형)통합암진단금(4대특정암Ⅱ) 특별약관	110
	(갱신형)통합암진단금(림프종및백혈병관련암) 특별약관	101
	(갱신형)통합암진단금(심장암및뇌암) 특별약관	104
	(갱신형)통합암진단금(유사암) 특별약관	116
	(갱신형)통합암진단금(특정소액암) 특별약관	92
	(갱신형)통합암진단금(특정소화기암) 특별약관	95
	(갱신형)통합암진단금(폐암) 특별약관	107
	(갱신형)특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	213
	(갱신형)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	219
	특정신체부위및질병보장제한부인수 특별약관	686
(ㅍ)	(갱신형)파킨슨병진단금 특별약관	406
	(갱신형)표적항암약물허가치료비 특별약관	201
	(갱신형)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관	207
(ㅎ)	(갱신형)항암방사선・약물치료비 특별약관	192

(갱신형)항암방사선・약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관 196
(갱신형)항암세기조절방사선치료비 특별약관 231
(갱신형)항암세기조절방사선치료비(치료횟수당) 특별약관 235
(갱신형)항암양성자방사선치료비 특별약관 239
(갱신형)항암양성자방사선치료비(치료횟수당) 특별약관 243
(갱신형)항암중입자방사선치료비 특별약관 247
(갱신형)허혈성심장질환수술 특별약관 334
(갱신형)허혈성심장질환진단금 특별약관 316