판매개시일 2021. 07. 08

무배당
New 치아보험(2107)
보험 약관

적용일자 2021. 07. 08
제작일자 2021. 07. 08

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

무배당 New치아보험2107 약관

목차

약관이용 가이드 북 7

가입자 유의사항 23

주요내용 요약서 25

보험금 청구 시 구비서류 안내 27

보험금 지급절차 안내 29

주요 민원사례 30

제1절 보통약관 33

제1관 목적 및 용어의 정의 34
- 제1조(목적)
- 제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급 35
- 제3조(보험금의 지급사유)
- 제4조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)
- 제5조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
- 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)
- 제7조(보험금 지급사유의 통지)
- 제8조(보험금의 청구)
- 제9조(보험금의 지급절차)
- 제10조(보험금 받는 방법의 변경)
- 제11조(주소변경통지)
- 제12조(보험수익자의 지정)
- 제13조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 42
- 제14조(계약 전 알릴 의무)
- 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)
- 제16조(알릴 의무 위반의 효과)
- 제17조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지 44
- 제18조(보험계약의 성립)
- 제19조(청약의 철회)
- 제20조(약관교부 및 설명의무 등)
- 제21조(계약의 무효)
- 제22조(계약내용의 변경 등)
- 제23조(보험나이 등)
- 제24조(계약의 소멸)

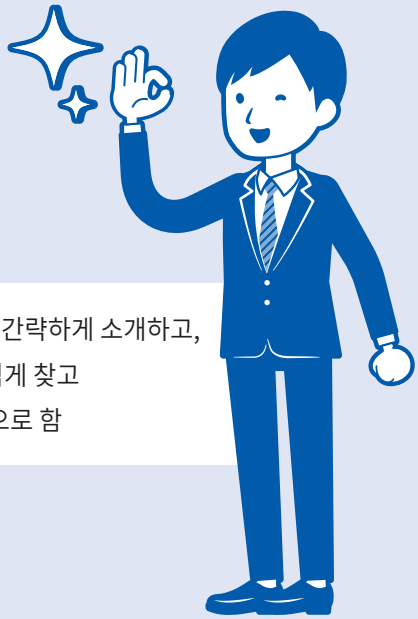
제5관 보험료의 납입 48
- 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
- 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)
- 제27조(보험료의 자동대출납입)
- 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))
제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 51
제31조(계약자의 임의해지)
제31조의2(위법계약의 해지)
제32조(중대사유로 인한 해지)
제33조(회사의 파산선고와 해지)
제34조(해지환급금)
제35조(보험계약대출)
제36조(배당금의 지급)
제7관 분쟁의 조정 등 53
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)
제2절 특별약관 55
1. 치아치료 관련 특별약관 56
1-1. 크라운치료 특별약관 57
1-2. 영구치보철치료 특별약관 60
1-3. 치수(신경)치료 특별약관 65
1-4. 치주질환치료 특별약관 68
1-5. 프리미엄크라운치료 특별약관 72
1-6. 프리미엄영구치보철치료 특별약관 75
1-7. 프리미엄치수(신경)치료 특별약관 80
1-8. 프리미엄치주질환치료 특별약관 83
1-9. 영구치발거치료 특별약관 87
1-10. 치석제거(스케일링)치료 특별약관 90
1-11. 치아촬영비(X-ray및파노라마) 특별약관 92
1-12. 특정임플란트치조골이식술치료 특별약관 94
2. 상해 관련 특별약관 98
2-1. 일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관 99
2-2. 흉터복원및외모특정상해수술 특별약관 100
3. 질병 관련 특별약관 102
3-1. 3대(시각,청각,후각)외모관련특정질환수술 특별약관 103
제3절 제도성 특별약관 105
1. 이륜자동차운전및탑승중상해부담보 특별약관 106
2. 보험료자동이체납입 특별약관 107

3. 제재위반 부담보 특별약관 108
4. 지정대리청구서비스 특별약관 109
5. 만기 재가입 특별약관 111
6. 장애인전용보험전환 특별약관 112
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 115
【별표2】 골절(치아파절제외)분류표 116
【별표3】 외모특정상해분류표 117
【별표4】 실명관련특정질환분류표 118
【별표5】 특정안검질환분류표 119
【별표6】 청각특정질환분류표 120
【별표7】 후각특정질환분류표 121
【별표8】 약관에서 인용된 법・규정 122
※ 보험용어 해설 141
※ 특별약관 색인 142

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
보험계약자와 **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) 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)	P. 35 P. 39	영상 자료

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

2	청약 철회	제19조(청약의 철회)	P. 45	영상 자료
3	계약 취소	제20조(약관교부 및 설명의무 등)	P. 45	영상 자료
4	계약 무효	제21조(계약의 무효)	P. 46	영상 자료
5	계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제14조(계약 전 알릴 의무) 제16조(알릴 의무 위반의 효과)	P. 42 P. 43	영상 자료
6	계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제16조(알릴 의무 위반의 효과)	P. 42 P. 43	영상 자료
7	보험료 연체 및 해지	제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P. 50	영상 자료
8	부활(효력회복)	제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P. 50	영상 자료
9	해지환급금	제31조(계약자의 임의해지) 제34조(해지환급금)	P. 51 P. 52	영상 자료
10	보험계약대출	제35조(보험계약대출)	P. 52	영상 자료

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.11

2. **'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.
➡ 핵심 체크항목 P.9

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.142

4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.
➡ 용어 해설 P.141

5. 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.
➡ QR코드 P.8

6. **'관련법규' 항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.
➡ 관련법규 P.122

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

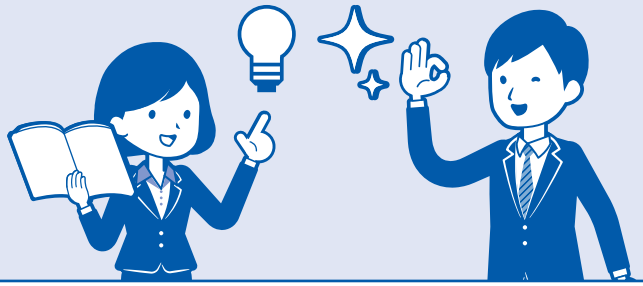
6 기타 문의사항

※ 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 New치아보험2107
- 보험상품의 종목 : 치아보험

01. 상품의 주요 특징

- 아말감, GI, 금, 세라믹 등 치아보존을 보장
- 기타 치과 치료에 대한 보장
- 특약 가입시, 질병, 상해 사고를 보장
- 만기 환급금이 없는 순수 보장성(소멸성) 상품

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 New치아보험2107

❶ 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

❷ 치아보험 : 치아와 관련된 치료·수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.

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	면책기간
치아보존치료 II	치아보존치료 II	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
크라운치료	크라운치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
프리미엄크라운치료	프리미엄크라운치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
영구치보철치료	영구치보철치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
프리미엄영구치보철치료	프리미엄영구치보철치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
치수(신경)치료	치수(신경)치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
프리미엄치수(신경)치료	프리미엄치수(신경)치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
치주질환치료	치주질환치료	계약일로부터 90일 이내
프리미엄치주질환치료	프리미엄치주질환치료	계약일로부터 90일 이내
영구치발거치료	영구치발거치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
치석제거(스케일링)치료	치석제거(스케일링)치료	계약일로부터 90일 이내
특정임플란트치조골이식술치료	특정임플란트치조골이식술치료	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)
치아촬영비(X-ray및파노라마)	치아촬영비(X-ray및파노라마)	계약일로부터 90일 이내(질병만 해당)

민원 사례 A씨는 **암보험 가입 후 2개월**이 지나서 **위암**을 판정받아 보험회사에 **암 진단비를 청구**
➡ **보험회사**는 보험가입 후 **90貝이 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	감액기간 및 비율
치아보존치료 II	치아보존치료 II	계약일로부터 1년 이내 - 아말감/글래스아이오노머 충전치료 5% 지급 - 금(도재) 인레이(In-lay)/온레이(On-lay) 충전치료 50% 지급 - 레진(Resin)충전치료 25%지급
크라운치료	크라운치료	계약일로부터 1년 이내 50% 감액 지급(질병만 해당)
프리미엄크라운치료	프리미엄크라운치료	계약일로부터 1년 이내 50% 감액 지급(질병만 해당)
영구치보철치료	영구치보철치료	계약일로부터 1년 이내 50% 감액 지급(질병만 해당)
프리미엄영구치보철치료	프리미엄영구치보철치료	계약일로부터 1년 이내 50% 감액 지급(질병만 해당)
특정임플란트치조골 이식술치료	특정임플란트치조골 이식술치료	계약일로부터 2년 이내 50% 감액 지급(질병만 해당)

보장한도

보장한도 최초 1회한

보장한도 보험금 지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

■■■ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
크라운치료	크라운치료	연간 3개한도
프리미엄크라운치료	프리미엄크라운치료	2년 미만 (연간 3개한도), 2년 이상 (무제한)
영구치보철치료	영구치보철치료	연간 3개한도(가철성의치(틀니)는 1회 한도)
프리미엄영구치보철치료	프리미엄영구치보철치료	- 고정성가공의치(브릿지): 연간3개한도 (2년미만) - 임플란트: 연간3개한도(2년미만) - 가철성의치(틀니): 연간 1회한도
치수(신경)치료	치수(신경)치료	연간 3개한도
프리미엄치수(신경)치료	프리미엄치수(신경)치료	2년 미만 (연간 3개한도), 2년 이상 (무제한)
치주질환치료	치주질환치료	치료항목당 연간 1회 한도
프리미엄치주질환치료	프리미엄치주질환치료	치료항목당 연간 1회한도(2년미만)
치석제거(스케일링)치료	치석제거(스케일링)치료	연간 1회 한도
흉터복원및외모특정상해수술	흉터복원및외모특정상해수술	한 사고당 최고 500만원 한도

✔ 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	자기부담금 차감금액
해당사항 없음		

02. 해지환급금에 관한 사항

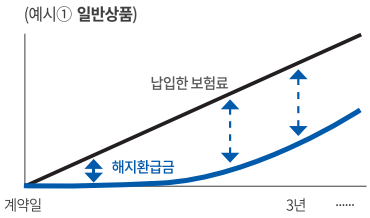
⊙ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해지환급금**을 지급합니다.

해지환급금 적음 [납입기간중해지시]

주의

① 해지환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

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

보험료 갱신형

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

해당사항 없음

04. 실손보상형 담보/실손의료보험

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

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

해당사항 없음

05. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험

주의

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

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

② 예금자보호제도에 관한 사항

주의

① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

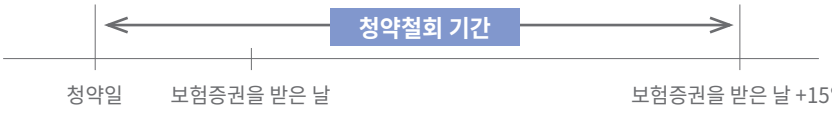
② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

01.청약을 철회할 수 있는 권리

주계약(보통보험) 약관 P.45

⊙ 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

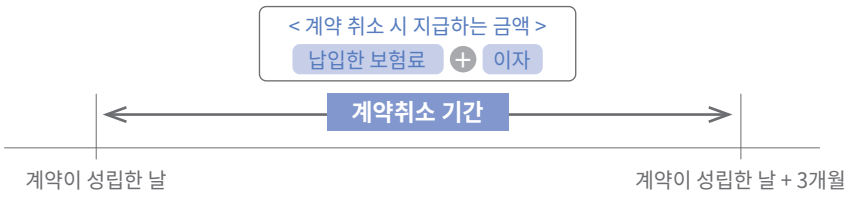
② **진단계약**, **보장기간이 90일 미만인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약(보통보험) 약관 P.45

⊙ 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 P.46

⊙ 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 P.42, 43

⊙ 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.

민원 사례

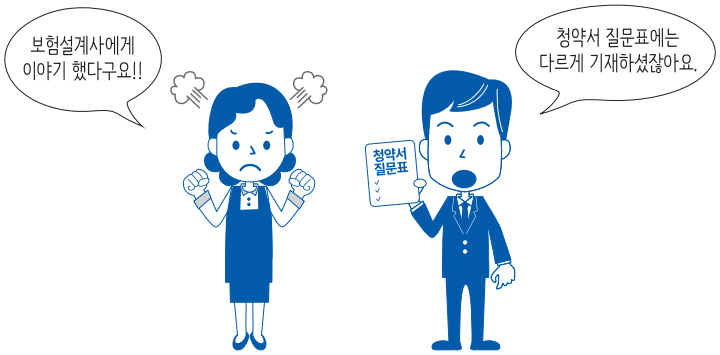
A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 **당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구**

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

법률 지식

[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 P.42, 43

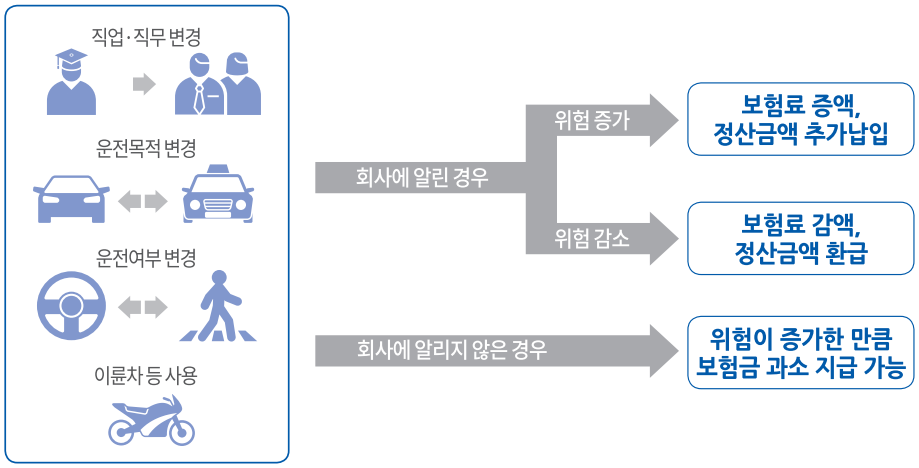
⊙ 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

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.

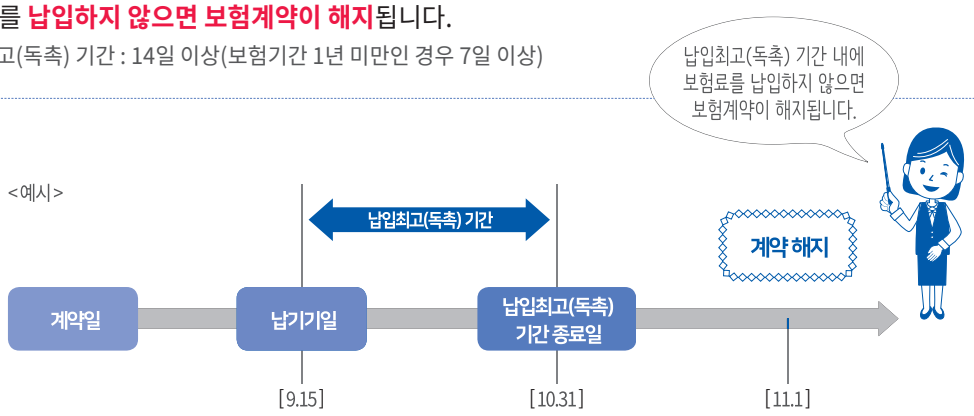


06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약(보통보험) 약관 P.50

⊙ 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)



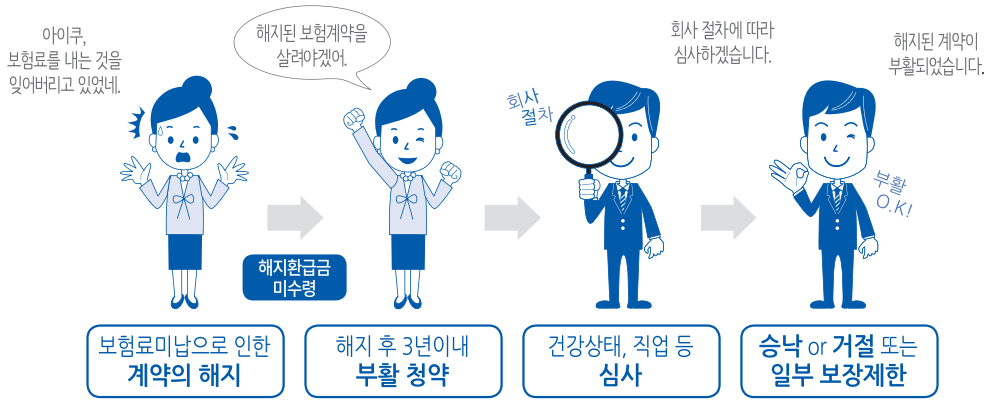
☑ 납입연체 : ① 보험료 납입이 연체 중이거나 ② 유니버셜 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

07. 해지된 보험계약의 부활 (효력회복)

주계약(보통보험) 약관 P.50

⊙ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해지환급금을 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 P.52

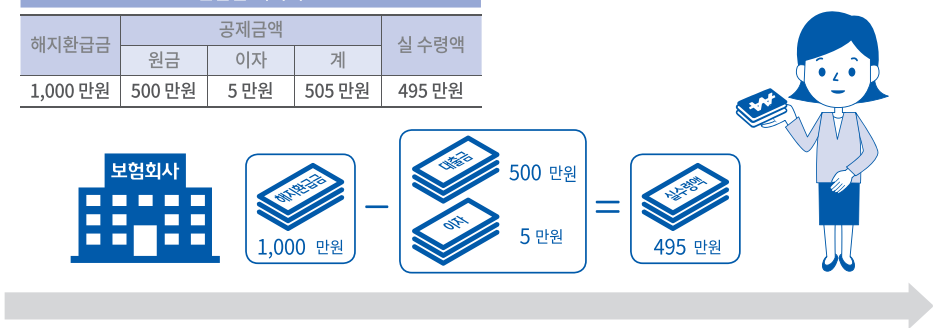
⊙ 보험계약자는 보험계약의 해지환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주의
① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 이자는 **해지환급금** 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.

<예시>

환급금 내역서

해지환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원



09. 보험금 청구절차 및 서류

주계약(보통보험) 약관 P.27 ~ P.29

⊙ **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.)

보험금 청구 문의 (서류 안내) → 보험금 청구 (서류 접수) → 보험금 지급 심사 (필요시 손해사정 또는 조사) → 보험금 지급 (심사결과 안내)

청구 접수일부터 지급일까지 3영업일 이내
(조사 등이 필요한 경우 최대 30일)

주의

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우가 있으니,
보험금 청구 전에 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 알릴의무 위반

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

※ 부활(효력회복)

- 질병을 원인으로 치아관련 치료를 받은 경우, 부활(효력회복)계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 15세미만 피보험자인 경우는 부활일을 보장개시일로 합니다.
- 상해를 원인으로 치아관련 치료를 받은 경우, 부활일을 보장개시일로 합니다.

※ 재가입 계약

- 회사는 보험계약자에게 재가입전 계약의 보험기간이 종료되기 15일 이전까지 재가입 요건, 보장에 관한 사항, 납입 보험료 및 재가입 절차 등에 관한 내용을 전화(음성녹음), 서면(등기우편 등), 전자문서 또는 이와 유사한 방법으로 보험계약자에게 안내하여 드리며, 재가입일 전일까지 보험계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다.
- 회사는 재가입 계약에 대하여 재가입일 현재 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- 재가입 직전계약과 동일한 조건으로 재가입하는 계약의 약관은 재가입전 약관을 적용합니다.

2. 해지환급금 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 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

3. 보험계약대출 관련 유의사항

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

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

1. 치아 관련 담보

- 보장개시일 이전의 치아 관련 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 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
치아보존치료Ⅱ	90일	O (1년)
크라운치료, 프리미엄크라운치료	90일	O (1년)
영구치보철치료, 프리미엄영구치보철치료	90일	O (1년)
치수(신경)치료, 프리미엄치수(신경)치료	90일	X
치주질환치료, 프리미엄치주질환치료	90일	X
영구치발거치료	90일	X
치석제거(스케일링)치료	90일	X
치아촬영비 (X-ray및파노라마)	90일	X
특정임플란트치조골이식술치료	90일	O (2년)

- 보존치료, 크라운치료, 보철치료, 치수(신경)치료, 영구치발거치료, 치아촬영(X-ray및파노라마), 특정임플란트치조골이식술치료 관련 보장에 가입한 경우 상해를 직접적인 원인으로 한 경우에는 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일을 보장개시일로 합니다.

2. 특정상해 관련 담보

- 외모특정상해수술 등 특정상해를 보장하는 보험은 약관에 나열되어 있는 상해만 보험금을 지급합니다.

3. 특정질병 관련 담보

- 3대(시각, 청각, 후각) 외모관련특정질환수술 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 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(신체관련)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

5. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

6. 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 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.

8. 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 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

3) 알릴의무 위반시 효과

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

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

9. 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 않은 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

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

보험금 청구시 구비서류 안내

▣ 기본서류 □ 선택서류

	구분	필요서류	발급처
공통	공통사항	▣ 보험금청구서(당사양식) ▣ 개인(신용)정보처리동의서 ▣ 청구인 신분증 사본(앞면)	보험회사 보험회사 관공서
	추가서류	□ 통장사본 - 보험금수령계좌 등록시 불필요 - 타인에게 보험금을 위임하는 경우 필요	은행· 증권사
		□ 배우자·자녀의 계약청구, 수익자가 미성년자인 경우 등 가족관계 확인 필요 시 가족관계확인서류(가족관계증명서, 기본증명서, 혼인관계증명서)	관공서
		□ 타인에게 보험금을 위임하는 경우 - 보험금위임장, 인감날인(원본) - 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리 동의서 - 보험금 청구권자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(원본)	 보험회사 보험회사 관공서

	구분	구비서류	발급처
상해/질병	골절진단 (치아파절제외)	▣ 진단명(질병분류코드)·진단일자가 포함된 서류 □ 의사소견서 □ 입·퇴원확인서 또는 통원확인서 + X-Ray 검사결과지 □ 진단서 ▣ 상해사고 시 유형별 사고입증 서류	의료기관 유형별상이
	일반상해 흉터복원수술	▣ 수술확인서: 수술내용이 기재되어 수술범위(직경 CM)를 알 수 있는 서류 ▣ 진단서 ▣ 상해사고 시 유형별 사고입증 서류	의료기관 유형별상이
	외모특정 상해수술	▣ 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류 (예: 수술확인서, 진단서 등)	의료기관
		▣ 상해사고 시 유형별 사고입증 서류	유형별상이
	실명관련 특정질환수술	▣ 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류 (예: 수술확인서, 진단서 등)	의료기관
	특정안검질환수술	▣ 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류 (예: 수술확인서, 진단서 등)	의료기관
	청각특정질환수술	▣ 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류 (예: 수술확인서, 진단서 등)	의료기관
	후각특정질환수술	▣ 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류 (예: 수술확인서, 진단서 등)	의료기관

	구분		발급처
치아관련	충전치료	▣ 치과치료확인서(당사양식) ▣ 진료기록사본(초진차트 포함)	의료기관
	크라운치료/프리미엄크라운치료	▣ 치과치료확인서(당사양식) ▣ 진료기록사본(초진차트 포함)	의료기관
	영구치보철치료/프리미엄영구치보철치료	▣ 치과치료확인서(당사양식) ▣ 진료기록사본(초진차트 포함) ▣ 치료 전·후 치아 X-Ray(파노라마) 사진	의료기관
	특정임플란트 치조골이식술치료	▣ 치과치료확인서(당사양식) ▣ 수술확인서	의료기관
	영구치발거치료	▣ 치과치료확인서(당사양식) ▣ 진료기록사본(초진차트 포함) ▣ 치료 전·후 치아 X-Ray(파노라마) 사진	의료기관
	치수(신경)치료/프리미엄치수(신경)치료	▣ 치과치료확인서(당사양식) ▣ 진료기록사본(초진차트 포함)	의료기관
	치석제거 (스케일링)치료	▣ 치과치료확인서(당사양식) □ 해당 치료에 대한 보험금 청구 시, 치과치료확인서를 대신하여 아래 서류로 갈음하여 제출하실 수 있습니다. - 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서	의료기관
	치주질환치료/프리미엄치주질환치	▣ 치과치료확인서(당사양식) □ 해당 치료에 대한 보험금 청구 시, 치과치료확인서를 대신하여 아래 서류로 갈	의료기관

	료	음하여 제출하실 수 있습니다. - 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서	
	치아촬영비(Xray및 파노라마)	▣ 치과치료확인서(당사양식) □ 해당 치료에 대한 보험금 청구 시, 치과치료확인서를 대신하여 아래 서류로 갈음하여 제출하실 수 있습니다. - 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서	의료기관

※ 상기서류 이외에 보험금 청구 사안에 따라 추가서류를 요청할 수 있습니다.
※ 실손의료비 이외의 담보에 대해 200만원을 초과하여 청구하시는 경우 우편접수가 필요하며 원본서류가 필요합니다.

□ 상해사고시 유형별 사고입증 서류
1. 교통사고: 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실 확인서
2. 산업재해: 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
3. 군인재해사고: 공무상병인증서
4. 의료사고 등 법원분쟁: 법원판결문
5. 기타 재해사고: 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고: 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서 상 재해사고내용 기재
6-1. 피보험자 사망 시: 변사사실확인원(경찰서 발행)

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: 해지환급금 관련

사례: A씨는 보험가입 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 돌려받은 해지환급금이 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 해지환급금이 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: 임플란트, 브릿지, 틀니의 보장기준일

사례: C씨는 계약일로부터 1년 이후에는 영구치 발거 후 임플란트, 브릿지, 틀니 치료 시 해당 보장금액의 100%가 보장 된다는 설명을 듣고 가입함. 충치가 심해진 C씨는 가입 후 즉시 영구치를 발거 하였고 계약일로부터 1년이 경과한 후에 임플란트를 식립하고 보험금을 청구 하였으나 보험금 지급이 거절되었음.

* 유의(참고)사항: 임플란트, 브릿지, 틀니 치료보험금의 경우 영구치 발거일을 기준으로 보장되며, 임플란트, 브릿지, 틀니 등의 치료를 한 날과 다릅니다. 추가적으로, 질병으로 인한 임플란트, 브릿지, 틀니 치료의 경우 계약일(부활일)을 포함하여 그날로부터 90일이 지난날의 다음날(보장개시일)로부터 1년까지 해당 치료보험금의 50%가 지급되며, 충전치료와 크라운 치료의 경우 계약일(부활일)을 포함하여 그날로부터 90일이 지난날의 다음날(보장개시일)로부터 1년까지 해당 치료보험금의 50%가 지급됩니다.

유형: 이미 크라운치료를 받은 치아에 대한 보장기준

사례: D씨는 이미 크라운치료를 받은 치아에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 한 경우에도 해당 치료보험금을 지급 한다는 안내를 받았음. D씨는 보험 가입 전 이미 크라운 치료를 받았던 부분이 파손되어 수리, 복구, 대체의 목적으로 새로운 크라운으로 재장착 후 보험금을 청구 하였으나 보험금 지급이 거절됨.

* 유의(참고)사항: 이미 크라운치료를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 상해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 한 경우에만 해당 치료 보험금을 지급합니다.

제 1 절
보 통 약 관

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. 중요한 사항: 계약전 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 x 10%(1년차 이자) = 110원
2년 후: 110원(1년차 금액) + 110원 x 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→보험상품자료→평균공시이율"에서 확인할 수 있습니다.

   다. 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.

   라. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '보존치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정 받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 보존치료를 진단받아 치료한 경우에는 치료 항목별로 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 보존치료를 받은 경우

구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
아말감(Amalgam)/글래스아이오노머(Glass Ionomer) 충전치료	보험가입금액의 10%			치아당 보상
금(도재) 인레이(In-lay) /온레이(On-lay) 충전치료	보험가입금액의 100%			치아당 보상
레진(Resin) 충전치료	보험가입금액의 50%			치아당 보상

○ 질병을 원인으로 보존치료를 받은 경우

구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
아말감(Amalgam)/글래스아이오노머(Glass Ionomer) 충전치료	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 10%	치아당 보상
금(도재) 인레이(In-lay) /온레이(On-lay) 충전치료	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	치아당 보상
레진(Resin) 충전치료	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	치아당 보상

<재가입계약의 경우>

구분	지급금액			비고
	재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 1년 이상	
아말감(Amalgam)/글래스아이오노머(Glass Ionomer) 충전치료	보험가입금액의 10%			치아당 보상
금(도재) 인레이(In-lay) /온레이(On-lay) 충전치료	보험가입금액의 100%			치아당 보상
레진(Resin) 충전치료	보험가입금액의 50%			치아당 보상

② 제1항에서 정한 보존치료의 수복재료 및 치료방법의 정의는 각각 다음과 같습니다.

수복 재료 및 치료방법	정의
아말감 (Amalgam)	**아말감(Amalgam)이란** 치아 수복에 사용되는 재료로 구리, 주석, 은 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체를 말하며, 충치가 생긴 치아부분을 제거하고 제거된 부위에 아말감을 채워 넣는 치료를 아말감치료라고 합니다.
글래스 아이오노머 (Glass Ionomer)	**글래스 아이오노머(Glass Ionomer)란** 치아 수복에 사용되는 재료로 접착, 충전재료 등으로 사용될 수 있으며, 충치가 생긴 치아부분을 제거하고 제거된 부위에 글래스 아이오노머를 채워 넣는 치료를 글래스 아이오노머치료라고 합니다.
레진 (Resin Filling)	**레진(Resin)이란** 플라스틱 계열의 치과용 재료를 말하며, 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료를 레진치료(Resin Filling)라고 말합니다. 치과용 플라스틱 레진(합성수지)은 치아와 유사한 색조로 조작이 용이하고 상대적으로 치료시간이 짧습니다.
인레이 (In-lay), 온레이 (On-lay)	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠서 금이나 도재 등의 재료로 주조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.

③ 제1항의 보존치료라 함은 치아에 손상이 생기는 경우 그 손상된 부위를 원상회복시키기 위한 치료방법으로, 치아에 발생한 충치를 제거하고 그 제거된 부위를 충전하여 기능적, 형태학적 구조를 회복하는 과정입니다. 손상된 치아에 특정 재료를 직접 수복하는 직접충전의 방법과 구강 외에서 수복할 물질을 제작하여 접착제를 사용하여 손상된 치아에 접착하는 간접충전(인레이(In-lay), 온레이(On-lay) 등)의 방법이 있으며 충전치료과정에서 해당 치아를 발거하지 않습니다.

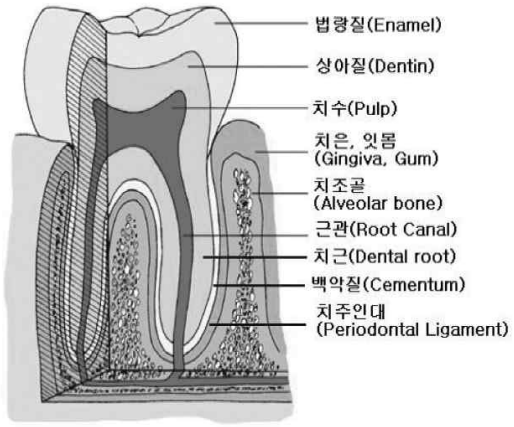
【인레이, 온레이】

인레이(in-lay)는 충치치료의 한 방법으로 보통의 충치치료보다 큰 부위의 손상된 부분을 수복하기 위하여 충치가 제거된 부위의 본을 떠서 치과용 합금으로 주조물(금, 레진 등)을 만든 후 치아 전용 접착제를 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부만을 회복시키기 위한 충전방법입니다.

온레이(on-lay)는 주로 충치로 손상된 부위가 넓어 인레이(in-lay)로 충전하기 어렵거나, 충전해야 할 부위가 통상적으로 3면 이상인 경우에 선택하는 충전방법입니다.

④ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

【치아구조】



1. 법랑질(Enamel) - 치관(Crown)의 표면을 덮고 있으며 96%이상이 무기질로 구성되어있어 치아에서 가장 단단한 부분입니다. 외부의 자극으로부터 치아 내부를 보호하는 역할을 하고 있으며, 한번 닳거나 녹아버리면 다시 생기지 않습니다. 법랑질(Enamel)에는 신경이 분포하고 있지 않기 때문에 법랑질(Enamel)에 생긴 충치는 치료를 해도 느낌은 있지만 전혀 아프지 않은 경우가 대부분입니다.
2. 상아질(Dentin) - 법랑질(Enamel)에 의해 싸여 있는 부분으로 치아의 대부분을 차지합니다. 70%정도가 무기질이며 물과 유기물로 구성되어있으며, 혈관에 의해 영양공급을 받고 신경이 분포하고 있습니다.
3. 치수(Pulp) - 치아 중심의 빈 공간을 치수강(Pulp chamber)이라 하는데, 치수(Pulp)가 이곳을 채우고 있습니다. 치수(Pulp)는 혈관과 신경조직으로 구성되어 있어서 치아에 영양을 공급하고 감각을 느끼게 합니다. 충치로 치수가 세균에 감염되는 것을 치수염(Pulpitis)라고 하는데 이때 치수조직이 죽게 되고 매우 심한 통증을 느끼게 됩니다.
4. 치은(Gingiva) - 잇몸을 말하며 치경 또는 치육이라고도 합니다. 상악과 하악(위, 아래 턱뼈)의 치골을 덮어 보호하는 점막입니다.
5. 치조골(Alveolar bone) - 치아를 고정해주는 뼈로 턱뼈의 일부분입니다.
6. 치주조직(Teeth and Gum) - 백악질(Cementum), 치근막(백악질을 싸고 있는 막), 치은(Gingiva), 치조골(Alveolar bone)의 총칭으로 생리학적으로 치아를 턱뼈에 고정시키는 역할을 합니다.
7. 근관(Root canal) - 치수(Pulp)로 가득 차있는 치수강(Pulp chamber)은 치근(Dental root)까지 이어지며 점차 가늘어져 근관(Root canal)이 됩니다.
8. 치근(Dental root) - 치근(Dental root)은 턱뼈의 치조골(Alveolar bone) 내에 심어져 있어 치아를 고정해주는 역할을 합니다. 백악질(Cementum)로 싸여있으며 치아를 치조골(Alveolar bone)에 부착시켜주는 섬유조직으로 이루어져있는 치근막으로 둘러싸여있습니다.
9. 백악질(Cementum) - 시멘트질이라고도 하고, 치아의 뿌리인 치근(Dental root)을 둘러싸고 있으며 외부로부터의 충격을 치조골(Alveolar bone)에 골고루 분산하는 역할을 합니다.
10. 치주인대(Periodontal Ligament) - 치근(Dental root)을 둘러싸고 있는 백악질(Cementum)과 치조골(Alveolar bone)을 연결해주면서 치아와 함께 미세하게 움직이면서 외부로부터의 충격을 완화하는 역할을 합니다.

제4조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 치아우식증(충치)라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사

인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 제3조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 치주질환(잇몸질환)이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 치과치료 중 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치과치료를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 치료보험금만을 지급하여 드립니다.

【보험금 지급 예시】

피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 아말감 충전치료를 진단받아 치료를 받던 중 치료종료 이전에 의사의 진단에 의해 동일한 치아에 골드인레이(Gold In-lay) 치료를 재진단 받아 치료를 받은 경우에는 치료가 종료된 이후 가장 높은 치료보험금에 해당하는 인레이(In-lay)치료 보험금만 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

【보험금 지급 예시】

피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)가 발생하여 아말감 치료를 받고, 보험금을 지급받은 3개월 후에 동일한 치아에 의사의 진단에 따라 골드인레이(Gold In-lay) 치료를 재진단 받아 치료를 받은 경우에는 치료가 종료된 이후 그 차액분(인레이(In-lay)치료 보험금 – 아말감치료 보험금)을 지급하여 드립니다. 다만, 아말감 치료를 받고 보험금을 지급받은 10개월 이후에 동일한 치아에 의사의 진단에 따라 골드인레이(Gold In-lay) 치료를 받은 경우에는 새로운 질병으로 인정하여 인레이(In-lay)치료 보험금을 추가로 지급하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 보존치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

④ 회사는 피보험자가 보존치료보장개시일 이후 보험기간 중에 해당 치아에 보존치료를 받고 아래

에 정한 경우로 계속 보존치료를 받은 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

1. 치아우식증(충치)을 제거하고 임시보존치료를 받은 경우
2. 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 신경치료를 시작한 경우
3. 임시 크라운을 장착한 경우

⑤ 회사는 피보험자가 보존치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 보장하여 드립니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 사람을 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

③ 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
2. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대한 치아치료
3. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
4. 다른 치과치료를 위한 임시 치과치료

제7조(보험금 지급사유의 통지)

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 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 포함)
4. 치과치료 진단서
   가. 치과치료의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 치과치료 전 치아상태
   다. 직접적인 치과치료 원인
5. 치과진료 기록 사본
6. 위 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
7. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호, 제4호, 제5호 및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(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 제8조(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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【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 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 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 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

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

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

【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.

제11조(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.

제12조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망에 의하여 민법(【별표8】 참조)의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제13조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약전 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

제14조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 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, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제22조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 '정산금액'이라 합

니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

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.

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 의해 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.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

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

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

② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 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(재가입 계약의 경우 최초 계약 해당일을 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 했다 고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

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

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

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

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 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.
⑧ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 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%p를 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(단순 건강검진 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 부활

이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(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 금융소비자보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호(【별표8】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 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 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 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→보험상품공시→적용이율→상품별 보험계약대출이율"에서 확인할 수 있습니다.

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

⑥ 제1항의 보험증권 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 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 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며,

계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

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

【약관의 중요한 내용】

보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 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
- 해지환급금에 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

【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(【별표8】 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 충족하는 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.

제21조(계약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다. 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 반환 일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【무효】

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

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 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 해지환급금이 있을 때에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

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

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

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

【해설: 피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우】

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

제24조(계약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 이 계약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에서 정한 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

③ 제1항의 "사망"에는 보험기간에 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.

④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 계약이 소멸되는 경우에는 제32조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

⑤ 제1항 및 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제35조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

【책임준비금】

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

【소멸】

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

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 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니

다.

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

【보장개시일】

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

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

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

④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "보존치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 재가입 계약의 경우에는 재가입일로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 보존치료를 진단받아 치료한 경우, 보존치료에 대한 보장개시일은 제3조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 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 해지환급금과 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 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입기간은 최초 자동 대출 납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의

다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출납입을 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 해지환급금에서 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, 전자서명법 제2조 제2호(【별표8】 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 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 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 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 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%p 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴의무), 제16조(알릴의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

【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 최초에 청약할 때 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

④ 부활(효력회복)시 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보존치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 적용합니다. 단, 상해를 원인으로 보존치료를 받은 경우 보존치료보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

【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 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 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 지방세체납처분 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 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제31조(계약자의 임의해지)

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

제31조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 금융소비자보호에 관한 법률 제47조(【별표8】 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(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금

을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 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(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

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

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

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

제34조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제31조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

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

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 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 해지환급금에서 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 금융소비자보호에 관한 법률 제42조(【별표8】 참조)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 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, 해지환급금청구권 및 책임준비금 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.

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.

【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.

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(【별표8】 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 다툼

이 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 「개인정보보호법」, 「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 금융소비자보호에 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】

예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 5,000만원 한도로 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제 2 절
특 별 약 관

1. 치아치료 관련 특별약관

1-1. 크라운치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '크라운치료보장개시일'이라 합니다.) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정 받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 크라운치료를 진단받아 치료한 경우에는 아래와 같이 보험금을 지급하여 드립니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 크라운치료를 받은 경우

구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
크라운치료(Crown)	보험가입금액의 100%			연간 3개한도

○ 질병을 원인으로 크라운치료를 받은 경우

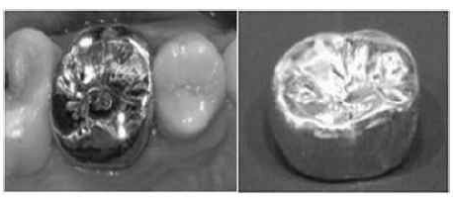
구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
크라운치료(Crown)	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	연간 3개한도

<재가입 계약의 경우>

구분	지급금액			비고
	재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 1년 이상	
크라운치료(Crown)	보험가입금액의 100%			연간 3개한도

② 제1항의 "크라운치료"라 함은 치관장착(Crown) 치료를 말하며, 치아에 충치로 인하여 손상된 부위가 많을 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우에 치아 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말하며 크라운치료과정에서 해당 치아를 발거하지 않습니다.

【크라운치료】



치관장착, 주조금형 또는 치관보철이라고도 하는 크라운(Crown)은 치아의 치관부에 손상이 크거나, 신경치료 이후에 영구치가 더 이상 제 기능을 하기 어려울 경우에 선택하는 치료방법입니다. 보통의 충치치료, 인레이(In-lay), 온레이(On-lay) 등으로는 그 기능을 회복시킬 수 없는 경우에 주로 사용됩니다.

③ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 "치아우식증(충치)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질

병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료와 제1절 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보존치료를 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치과치료를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 치료보험금만을 지급하여 드립니다.

【보험금 지급 예시】

피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 골드/세라믹 충전치료를 진단받아 치료를 받던 중 치료종료 이전에 의사의 진단에 의해 동일한 치아에 크라운 치료를 재진단 받아 치료를 받은 경우에는 치료가 종료된 이후 가장 높은 치료보험금에 해당하는 크라운치료 보험금만 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 크라운치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

④ 회사는 피보험자가 크라운치료보장개시일 이후 보험기간 중에 해당 치아에 크라운치료를 받고 아래에 정한 경우로 계속 크라운치료를 받은 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

1. 치아우식증(충치)을 제거하고 임시보존치료를 받은 경우
2. 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 신경치료를 시작한 경우
3. 임시 크라운을 장착한 경우

⑤ 회사는 피보험자가 크라운치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기

간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.) 전일까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

제5조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "크라운치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 진단받아 치료한 경우, 크라운치료에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 이 특별약관이 소멸되는 경우 회사는 그때까지 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

③ 제2항에서 정한 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 보통약관 제X조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 해당 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1절 보통약관 제X조(보험금의 지급절차)를 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)을 따릅니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 제1절 보통약관 제xx조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-2. 영구치보철치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '영구치보철치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정 받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 영구치보철치료를 진단받고, 그 치료의 목적으로 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 영구치보철 치료한 경우에는 치료 항목별로 아래와 같이 보험금을 지급하여 드립니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 영구치보철치료를 받은 경우

구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 경과기간이 90일 이하	보험계약일로부터 경과기간이 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 경과기간이 1년 이상	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			연간 3개한도
임플란트 (Implant)	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			연간 3개한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 보험가입금액의 100%			연간 1회한도

○ 질병을 원인으로 영구치보철치료를 받은 경우

구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 경과기간이 90일 이하	보험계약일로부터 경과기간이 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 경과기간이 1년 이상	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 0%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 50%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%	연간 3개한도
임플란트 (Implant)				
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 보험가입금액의 0%	보철물당 보험가입금액의 50%	보철물당 보험가입금액의 100%	연간 1회한도

<재가입 계약의 경우>

구분	지급금액			비고
	재가입계약일로부터 경과기간이 90일 이하	재가입계약일로부터 경과기간이 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 경과기간이 1년 이상	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			연간 3개한도
임플란트 (Implant)	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			연간 3개한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 보험가입금액의 100%			연간 1회한도

② 제1항에서 "고정성가공의치"라 함은 일반적으로 브릿지(Bridge)라고 말하며, 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손된 치아에 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 보철물을 말합니다.

③ 제1항에서 "임플란트(Implant)"라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강조직에 이물 성형재료를 매식한 후 삽입하는 고정성 또는 가철성 보철물을 말합니다.

④ 제1항에서 "가철성의치"라 함은 일반적으로 틀니(Denture)라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성가공의치(Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

【보철치료】

고정성가공의치(브릿지, Bridge)라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 치아에 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 보철물을 말합니다.

임플란트(Implant)라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

가철성의치(틀니, Denture)라 함은 일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다.

⑤ 제1항의 "영구치(永久齒)"라 함은 유치(乳齒, 젖니)가 빠진 후에 나오는 자연치아(타고난 치아를 인공치(人工齒)에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 이하 같습니다.)를 말하며, 성치(成齒)라고도 합니다. 이 특별약관에서는 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치(비정상적으로 작은 치아) 등 모양이 이상한 치

아)는 제외합니다.

⑥ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

⑦ 제1항의 '보험계약일로부터 경과기간'은 보험계약일(재가입계약일)로부터 영구치를 발거한 날까지의 경과기간을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 "치아우식증(충치)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치과치료 중 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치과치료를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 치료보험금만을 지급하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 영구치보철치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

④ 회사는 피보험자가 영구치보철치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 연간이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.)전일까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

⑦ 상해 또는 질병으로 인하여 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 영구치발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 영구치를 발거한 해당 부위에 보철치료를 할 경우 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항에서 정한 사항
2. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대한 치아치료
3. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
4. 다른 치료를 위한 임시 보철치료
5. 영구치보철치료보장개시일 이전에 발거된 영구치에 대한 보철치료
6. 보철물을 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
7. 부정치열을 교정하기 위한 영구치 발거
8. 영구치 발거와 관련 없는 치료

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 보철치료 진단서
   가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 영구치 발거전 치아상태
   다. 직접적인 영구치 발거 원인
   라. 보철치료의 종류 및 치료종료일
5. 치과진료 기록 사본
6. 위 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
7. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호, 제4호, 제5호 및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "영구치보철치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 영구치보철치료를 진단받아 치료한 경우 영구치

보철치료에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-3. 치수(신경)치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '치수(신경)치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정 받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 치수(신경)치료를 진단받아 치료한 경우에는 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 치수(신경)치료를 받은 경우

구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
치수(신경)치료	보험가입금액의 100%			연간 3개한도

○ 질병을 원인으로 치수(신경)치료를 받은 경우

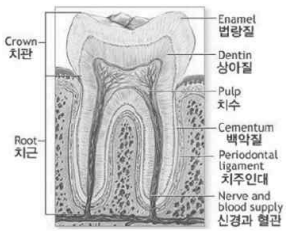
구분	지급금액			비고
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
치수(신경)치료	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%		연간 3개한도

<재가입 계약의 경우>

구분	지급금액			비고
	재가입 계약일로부터 90일 이하	재가입 계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입 계약일로부터 1년 이상	
치수(신경)치료	보험가입금액의 100%			연간 3개한도

② 제1항에서 "치수(신경)치료"라 함은 손상되거나 병든 신경을 치료하여 회복시키는 것이 아니라, 여러 가지 원인에 의해 병든 치수를 깨끗이 제거하고 신경관 내부를 소독한 다음 그 공간을 다른 인공 물질로 영구적으로 채워 넣음으로써 병을 낫게 하고 재발을 방지하고자 하는 치료를 말합니다.

【치수(신경치료】



치수(신경)치료라 함은 손상되거나 병든 신경을 치료하여 회복시키는 것이 아니라, 여러 가지 원인에 의해 병든 치수를 깨끗이 제거하고 신경관 내부를 소독한 다음 그 공간을 다른 인공 물질로 영구적으로 채워 넣음으로써 병을 낫게 하고 재발을 방지하고자 하는 치료를 말합니다.

③ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 "치아우식증(충치)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

② 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 치수(신경)치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 치수(신경)치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.)전일까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

제5조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "치수(신경)치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 치수(신경)치료를 진단받아 치료한 경우 치수(신경)치료에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-4. 치주질환치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '치주질환치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 의사에 의하여 치주질환치료를 진단 확정 받고, 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래 의료 급여 항목에 해당하는 치주질환치료를 받은 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

치주질환 치료항목	진료행위코드
치주소파술	U1010
치은신부착술	U1020
치은성형술	U1030
치은절제술	U1040
치은박리소파술	U1051, U1052
치근면처치술	U1060
치조골결손부 골이식술	U1071, U1072
조직유도재생술	U1081, U1082, U1083
조직유도재생막 제거술	U1090
치은측방변위판막술 / 치관변위판막술	U1100
치은이식술	U1110
치근절제술	U1131, U1132
치관확장술	UY101, UY102, UY103
치관분리술	UX102

<최초계약의 경우>

구분		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일로부터 2년이상
치주질환 치료	지급 금액	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%		
	보상 한도	치주질환 치료항목당 연간 1회한도			

<재가입 계약의 경우>

구분		재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 1년 이상 2년 미만	재가입계약일로부터 2년이상
치주질환 치료	지급 금액	보험가입금액의 100%			
	보상 한도	치주질환 치료항목당 연간 1회한도			

② 제1항에서 정한 치주질환치료항목에 대한 정의는 각각 다음과 같습니다.

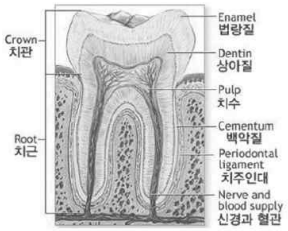
치주질환(잇몸질환) 치료항목	설명
치주소파술	치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료입니다.
치은신부착술	잇몸의 염증성 조직(치주낭)을 절개 및 제거한 후 각 치간부를 봉합하는 치료입니다.
치은성형술	치은(잇몸)의 형태를 생리적이고 심미적인 형태가 되도록 외과적으로 재형성해주는 치료를 말하며, 수술은 치은절제술과 유사합니다. 단, 이 보험약관에서는 치주질환 치료 목적이 아닌 미용목적의 수술은 제외합니다.
치은절제술	염증성 조직(치주낭)이 깊게 형성된 경우, 치은(잇몸) 증식이 있는 경우 등으로 인해 치은(잇몸)을 절제해 내는 치료입니다.
치은박리소파술	염증성 조직(치주낭) 깊은 곳까지 치석이나 염증이 존재하는 경우, 수술로 치은(잇몸)을 절개하여 젖힌 후 치석과 염증 조직을 제거한 후에 잇몸을 다시 봉합하여 주는 치료입니다.
치근면처치술	치주 수술시 치근에 남아있는 내독소 등 재부착에 장애를 주는 물질을 없애기 위해 구연산 또는 테트라싸이클린 등으로 치근면에 도포해 주는 치료입니다.
치조골결손부골이식술	치주질환으로 인해 파괴된 치조골의 연조직과 경조직부위에 골이식을 통해 파괴 전 상태로 재건하는 치료입니다.
조직유도재생술	치주 치료 후 성공적인 재생의 형태는 치아뿌리에 치주인대라는 조직이 붙는 형태인데, 이를 위해 치아 뿌리의 면과 인접한 다른 조직의 구성성분을 차단막으로 분리하여 치주인대를 형성하는 세포만 재분포시켜 재생을 도모하는 치료입니다.
조직유도재생막제거술	조직유도재생술을 비흡수성 차폐막을 이용하여 시행한 경우 4-6주 후에 차폐막을 제거하는 치료입니다.
치은측방변위판막술	치주질환에 의해 노출된 치근면을 덮어주기 위해서(또는 부착치은의 양을 증가시키기 위해서) 사용하는 치료입니다.
치관변위판막술	한 치아나 여러 치아의 노출된 치근을 덮기 위해서 또는 치근의 지각과민증을 없애기 위해 사용되는 치료입니다.
치은이식술	치주질환으로 인해 치근이 노출된 경우에 치은을 이식하여 다시 덮어주는 치료입니다.
치근절제술	치근이 두 개 이상인 치아에서 치근 사이의 분지부 또는 한쪽 치근에만 염증이 이환된 경우에 이환된 치근만 제거하거나 치아를 두개로 분리하는 술식을 말합니다.
치관확장술	잇몸을 잘라내 치주낭을 제거하거나 치관길이를 확장시켜 주는 치료입니다.
치관분리술	치근치료 등을 위해 치관을 분리하는 치료입니다.

③ 제1항의 "치주질환"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환은 치은

(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

④ 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

【치주질환】



보통 풍치라고도 하는 치주질환은 그 정도에 따라 치은염(Gingivitis)과 치주염(Periodontitis)으로 나뉠 수 있습니다. 치은염은 비교적 가볍고 치료가 쉬운 치주질환으로 잇몸에만 국한되어 발생하지만, 이 염증이 잇몸과 잇몸의 뼈 주변까지 진행되어 악화된 경우, 이를 치주염이라고 합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑥ 제1항의 "치주질환 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(【별표8】 참조)에서 치주질환(잇몸질환)치료가 필요하다고 인정하는 기준에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우를 보장합니다.

⑦ 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치주질환(잇몸질환)치료 급여인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 "치주질환(잇몸질환)치료 급여인정기준"을 따릅니다.

⑧ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑨ 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.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 질병으로 봅니다.

② 회사는 피보험자가 동일한 질병으로 치주질환치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 치주질환치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로

도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.)까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

제4조(회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "치주질환치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-5. 프리미엄크라운치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '프리미엄크라운치료보장개시일'이라 합니다.) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정 받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 크라운치료를 진단받아 치료한 경우에는 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 크라운치료를 받은 경우

구분		보험계약일 로부터 90일 이하	보험계약일 로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일 로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일 로부터 2년 이상
크라운 치료 (Crown)	지급 금액	보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 3개한도			연간 무제한

○ 질병을 원인으로 크라운치료를 받은 경우

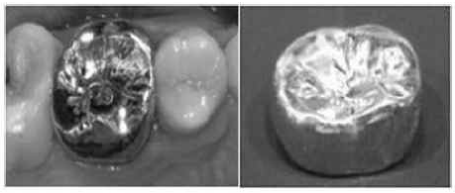
구분		보험계약일 로부터 90일 이하	보험계약일 로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일 로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일 로부터 2년 이상
크라운 치료 (Crown)	지급 금액	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	
	보상 한도	연간 3개한도			연간 무제한

<재가입 계약의 경우>

구분		재가입계약일 로부터 90일 이하	재가입계약일로 부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일 로부터 1년 이상 2년 미만	재가입계약일 로부터 2년 이상
크라운 치료 (Crown)	지급 금액	보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 무제한			

② 제1항의 크라운치료라 함은 치관장착(Crown) 치료를 말하며, 치아에 충치로 인하여 손상된 부위가 많을 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우에 치아 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말하며 크라운치료과정에서 해당 치아를 발거하지 않습니다.

【크라운치료】



치관장착, 주조금형 또는 치관보철이라고도 하는 크라운(Crown)은 치아의 치관부에 손상이 크거나, 신경치료 이후에 영구치가 더 이상 제 기능을 하기 어려울 경우에 선택하는 치료방법입니다. 보통의 충치치료, 인레이(In-lay), 온레이(On-lay) 등으로는 그 기능을 회복시킬 수 없는 경우에 주로 사용됩니다.

③ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 치아우식증(충치)이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 치주질환(잇몸질환)이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운치료와 제1절 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보존치료를 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치과치료를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 치료보험금만을 지급하여 드립니다.

【보험금 지급 예시】

피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 골드/세라믹 충전치료를 진단받아 치료를 받던 중 치료종료 이전에 의사의 진단에 의해 동일한 치아에 크라운 치료를 재진단 받아 치료를 받은 경우에는 치료가 종료된 이후 가장 높은 치료보험금에 해당하는 크라운치료 보험금만 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에

따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 프리미엄크라운치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

④ 회사는 피보험자가 프리미엄크라운치료보장개시일 이후 보험기간 중에 해당 치아에 크라운치료를 받고 아래에 정한 경우로 계속 크라운치료를 받은 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

1. 치아우식증(충치)을 제거하고 임시보존치료를 받은 경우
2. 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 신경치료를 시작한 경우
3. 임시 크라운을 장착한 경우

⑤ 회사는 피보험자가 프리미엄크라운치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.)전일까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

제5조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "크라운치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 진단받아 치료한 경우 크라운치료에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-6. 프리미엄영구치보철치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '프리미엄영구치보철치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 영구치보철치료를 진단받고, 그 치료의 목적으로 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 영구치보철 치료한 경우에는 치료 항목별로 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 영구치보철치료를 받은 경우

구분		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	지급 금액	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 3개한도			연간 무제한
임플란트 (Implant)	지급 금액	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 3개한도			연간 무제한
가철성 의치 (틀니, Denture)	지급 금액	보철물당 보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 1회한도			

○ 질병을 원인으로 영구치보철치료를 받은 경우

구분		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	지급 금액	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 0%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 50%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%	
	보상 한도	연간 3개한도			연간 무제한
임플란트 (Implant)	지급 금액	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 0%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 50%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%	
	보상 한도	연간 3개한도			연간 무제한
가철성 의치 (틀니, Denture)	지급 금액	보철물당 보험가입금액의 0%	보철물당 보험가입금액의 50%	보철물당 보험가입금액의 100%	
	보상 한도	연간 1회한도			

<재가입 계약의 경우>

구분		재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 1년 이상 2년 미만	재가입계약일로부터 2년 이상
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	지급 금액	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 무제한			
임플란트 (Implant)	지급 금액	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 무제한			
가철성 의치 (틀니, Denture)	지급 금액	보철물당 보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 1회한도			

② 제1항에서 "고정성가공의치"라 함은 일반적으로 브릿지(Bridge)라고 말하며, 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손된 치아에 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 보철물을 말합니다.

③ 제1항에서 "임플란트(Implant)"라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강조직에 이물 성형재료를 매식한 후 삽입하는 고정성 또는 가철성 보철물을 말합니다.

④ 제1항에서 "가철성의치"라 함은 일반적으로 틀니(Denture)라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성가공의치(Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

【보철치료】

고정성가공의치(브릿지, Bridge)라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 치아에 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 보철물을 말합니다.

임플란트(Implant)라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

가철성의치(틀니, Denture)라 함은 일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다.

⑤ 제1항의 "영구치(永久齒)"라 함은 유치(乳齒, 젖니)가 빠진 후에 나오는 자연치아(타고난 치아를

인공치(人工齒)에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 이하 같습니다.)를 말하며, 성치(成齒)라고도 합니다. 이 특별약관에서는 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치(비정상적으로 작은 치아) 등 모양이 이상한 치아)는 제외합니다.

⑥ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

⑦ 제1항의 '보험계약일로부터 경과기간'은 보험계약일(재가입계약일)로부터 영구치를 발거한 날까지의 경과기간을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 "치아우식증(충치)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치과치료 중 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치과치료를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 치료보험금만을 지급하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 프리미엄영구치보철치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

④ 회사는 피보험자가 프리미엄영구치보철치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일

(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 보장하여 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다)전일까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

⑦ 상해 또는 질병으로 인하여 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 영구치발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 영구치를 발거한 해당 부위에 보철치료를 할 경우 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항에서 정한 사항
2. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대한 보철치료
3. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
4. 다른 치료를 위한 임시 보철치료
5. 프리미엄영구치보철치료보장개시일 이전에 발거된 영구치에 대한 보철치료
6. 보철물을 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
7. 부정치열을 교정하기 위한 영구치 발거
8. 영구치 발거와 관련 없는 치료

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 보철치료 진단서
   가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 영구치 발거전 치아상태
   다. 직접적인 영구치 발거 원인
   라. 보철치료의 종류 및 치료종료일
5. 치과진료 기록 사본
6. 위 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
7. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호, 제4호, 제5호 및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한

"영구치보철치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 영구치보철치료를 진단받고, 그 치료의 목적으로 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 영구치보철 치료한 경우 영구치보철치료에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-7. 프리미엄치수(신경)치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '프리미엄치수(신경)치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 치수(신경)치료를 진단받아 치료한 경우에는 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 치수(신경)치료를 받은 경우

구분		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상
치수(신경)치료	지급금액	보험가입금액의 100%			
	보상한도	연간 3개한도			연간 무제한

○ 질병을 원인으로 치수(신경)치료를 받은 경우

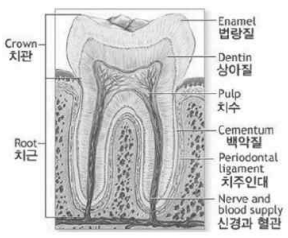
구분		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상
치수(신경)치료	지급금액	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%		
	보상한도	연간 3개한도			연간 무제한

<재가입 계약의 경우>

구분		재계약계약일로부터 90일 이하	재계약계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재계약계약일로부터 1년 이상 2년 미만	재계약계약일로부터 2년 이상
치수(신경)치료	지급금액	보험가입금액의 100%			
	보상한도	연간 무제한			

② 제1항에서 치수(신경)치료라 함은 손상되거나 병든 신경을 치료하여 회복시키는 것이 아니라, 여러 가지 원인에 의해 병든 치수를 깨끗이 제거하고 신경관 내부를 소독한 다음 그 공간을 다른 인공 물질로 영구적으로 채워 넣음으로써 병을 낫게 하고 재발을 방지하고자 하는 치료를 말합니다.

【치수(신경)치료】



치수(신경)치료라 함은 손상되거나 병든 신경을 치료하여 회복시키는 것이 아니라, 여러 가지 원인에 의해 병든 치수를 깨끗이 제거하고 신경관 내부를 소독한 다음 그 공간을 다른 인공 물질로 영구적으로 채워 넣음으로써 병을 낫게 하고 재발을 방지하고자 하는 치료를 말합니다.

③ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 "치아우식증(충치)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

② 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 프리미엄치수(신경)치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 프리미엄치수(신경)치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.)전일까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

제5조(회사의 보장개시)
① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "치수(신경)치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 치수(신경)치료를 진단받아 치료한 경우 치수(신경)치료에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-8. 프리미엄치주질환치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '프리미엄치주질환치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 의사에 의하여 치주질환치료를 진단 확정 받고, 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래 의료 급여 항목에 해당하는 치주질환치료를 받은 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

치주질환 치료항목	진료행위코드
치주소파술	U1010
치은신부착술	U1020
치은성형술	U1030
치은절제술	U1040
치은박리소파술	U1051, U1052
치근면처치술	U1060
치조골결손부 골이식술	U1071, U1072
조직유도재생술	U1081, U1082, U1083
조직유도재생막 제거술	U1090
치은측방변위판막술 / 치관변위판막술	U1100
치은이식술	U1110
치근절제술	U1131, U1132
치관확장술	UY101, UY102, UY103
치관분리술	UX102

<최초계약의 경우>

구분		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상
치주질환 치료	지급 금액	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%		
	보상 한도	치주질환 치료항목당 연간 1회한도			연간 무제한

<재가입 계약의 경우>

구분		재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 1년 이상 2년 미만	재가입계약일로부터 2년 이상
치주질환 치료	지급 금액	보험가입금액의 100%			
	보상 한도	연간 무제한			

치주질환(잇몸질환)치료항목	설명
치주소파술	치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료입니다.
치은신부착술	잇몸의 염증성 조직(치주낭)을 절개 및 제거한 후 각 치간부를 봉합하는 치료입니다.
치은성형술	치은(잇몸)의 형태를 생리적이고 심미적인 형태가 되도록 외과적으로 재형성해주는 치료를 말하며, 수술은 치은절제술과 유사합니다. 단, 이 보험약관에서는 치주질환 치료 목적이 아닌 미용목적의 수술은 제외 합니다.
치은절제술	염증성 조직(치주낭)이 깊게 형성된 경우, 치은(잇몸) 증식이 있는 경우 등으로 인해 치은(잇몸)을 절제해 내는 치료입니다.
치은박리소파술	염증성 조직(치주낭) 깊은 곳까지 치석이나 염증이 존재하는 경우, 수술로 치은(잇몸)을 절개하여 젖힌 후 치석과 염증 조직을 제거한 후에 잇몸을 다시 봉합하여 주는 치료입니다.
치근면처치술	치주 수술시 치근에 남아있는 내독소 등 재부착에 장애를 주는 물질을 없애기 위해 구연산 또는 테트라싸이클린 등으로 치근면에 도포해 주는 치료입니다.
치조골결손부골이식술	치주질환으로 인해 파괴된 치조골의 연조직과 경조직부위에 골이식을 통해 파괴 전 상태로 재건하는 치료입니다.
조직유도재생술	치주 치료 후 성공적인 재생의 형태는 치아뿌리에 치주인대라는 조직이 붙는 형태인데, 이를 위해 치아 뿌리의 면과 인접한 다른 조직의 구성성분을 차단막으로 분리하여 치주인대를 형성하는 세포만 재분포시켜 재생을 도모하는 치료입니다.
조직유도재생막제거술	조직유도재생술을 비흡수성 차폐막을 이용하여 시행한 경우 4-6주 후에 차폐막을 제거하는 치료입니다.
치은측방변위판막술	치주질환에 의해 노출된 치근면을 덮어주기 위해서(또는 부착치은의 양을 증가시키기 위해서) 사용하는 치료입니다.
치관변위판막술	한 치아나 여러 치아의 노출된 치근을 덮기 위해서 또는 치근의 지각과민증을 없애기 위해 사용되는 치료입니다.
치은이식술	치주질환으로 인해 치근이 노출된 경우에 치은을 이식하여 다시 덮어주는 치료입니다.
치근절제술	치근이 두 개 이상인 치아에서 치근 사이의 분지부 또는 한쪽 치근에만 염증이 이환된 경우에 이환된 치근만 제거하거나 치아를 두개로 분리하는 술식을 말합니다.
치관확장술	잇몸을 잘라내 치주낭을 제거하거나 치관길이를 확장시켜 주는 치료입니다.
치관분리술	치근치료 등을 위해 치관을 분리하는 치료입니다.

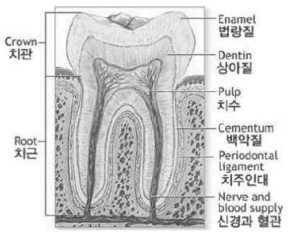
② 제1항에서 정한 치주질환치료항목에 대한 정의는 각각 다음과 같습니다.

③ 제1항의 "치주질환"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염

이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

④ 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

【치주질환】



보통 풍치라고도 하는 치주질환은 그 정도에 따라 치은염(Gingivitis)과 치주염(Periodontitis)으로 나뉠 수 있습니다. 치은염은 비교적 가볍고 치료가 쉬운 치주질환으로 잇몸에만 국한되어 발생하지만, 이 염증이 잇몸과 잇몸의 뼈 주변까지 진행되어 악화된 경우, 이를 치주염이라고 합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑥ 제1항의 "치주질환 치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(【별표8】 참조)에서 치주질환(잇몸질환)치료가 필요하다고 인정하는 기준에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우를 보장합니다.

⑦ 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치주질환(잇몸질환)치료 급여인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치주질환(잇몸질환)치료 급여인정기준"을 따릅니다.

⑧ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑨ 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.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 질병으로 봅니다.

② 회사는 피보험자가 동일한 질병으로 프리미엄치주질환치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 프리미엄치주질환치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.)까

지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 규정을 따릅니다.

제4조(회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "프리미엄치주질환치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-9. 영구치발거치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '영구치발거치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정 받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에 정한 영구치발거치료를 진단받고, 영구치발거 치료한 경우에는 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 영구치발거치료를 받은 경우

구분	지급금액			
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	비고
영구치발거치료	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			치아당 보상

○ 질병을 원인으로 영구치발거치료를 받은 경우

구분	지급금액			
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	비고
영구치발거치료	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 0%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%		치아당 보상

<재가입 계약의 경우>

구분	지급금액			
	재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 1년 이상	비고
영구치발거치료	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			치아당 보상

② 제1항의 "영구치(永久齒)"라 함은 유치(乳齒, 젖니)가 빠진 후에 나오는 자연치아(타고난 치아를 인공치(人工齒)에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 이하 같습니다.)를 말하며, 성치(成齒)라고도 합니다. 이 특별약관에서는 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치(비정상적으로 작은 치아) 등 모양이 이상한 치아)는 제외합니다.

③ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 "치아우식증(충치)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때

또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해 또는 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 또는 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

② 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 영구치발거치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 영구치발거치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항에서 정한 사항
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체 및 치료에 대한 영구치 발거치료
3. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대한 영구치발거치료
4. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 영구치발거치료
5. 다른 치과치료를 위한 임시 영구치발거치료

6. 치열교정준비

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4.영구치발거치료 진단서

가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
나. 영구치 발거전 치아상태
다. 직접적인 영구치 발거 원인
라. 치료종료일

5. 치과진료 기록 사본
6. 위 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
7. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호, 제4호, 제5호 및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "영구치발거치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 영구치발거치료를 진단받고, 영구치발거 치료한 경우 영구치발거치료에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-10. 치석제거(스케일링)치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '치석제거(스케일링) 치료보장개시일'이라 합니다) 이후에 의사에 의하여 치주질환치료를 목적으로 치석제거(스케일링) 치료를 진단 확정 받고, 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래 의료 급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받은 경우 보험수익자에게 아래와 같이 보험금을 지급합니다.

치석제거(스케일링) 치료 항목	진료행위코드
치석제거(스케일링) - (1/3악당)	U2232

<최초계약의 경우>

구분		보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상
치석제거(스케일링) 치료	지급금액	보험가입금액의 0%	보험가입금액의 100%		
	보상한도	연간 1회한도			

<재가입 계약의 경우>

구분		재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 1년 미만	재가입계약일로부터 1년 이상 2년 미만	재가입계약일로부터 2년 이상
치석제거(스케일링) 치료	지급금액	보험가입금액의 100%			
	보상한도	연간 1회한도			

② 제1항에서 치석제거(스케일링)치료라 함은 "국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(【별표8】 참조)"에서 치주질환치료를 목적으로 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정한 기준(이하 '치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준'이라 합니다)에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 질병으로 봅니다.

② 회사는 피보험자가 동일한 질병으로 치석제거(스케일링) 치료보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 치석제거(스케일링) 치료보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일

(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 보장하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "연간"이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 '계약해당일'이라 합니다.)까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 규정을 따릅니다.

제4조(회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "치석제거(스케일링)치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-11. 치아촬영비(X-ray및파노라마) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 대한민국 내의 치과병원·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치과 치료를 위해 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 경우에는 각각의 촬영 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치아촬영비(X-ray 및 파노라마)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2회 이상의 X-ray 촬영 또는 2회 이상의 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray 촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2개 이상의 치아에 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 받았을 때에는 새로운 상해 또는 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조("X-ray촬영 또는 파노라마촬영"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "X-ray촬영 또는 파노라마촬영"이라 함은 치과치료를 목적으로 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(【별표8】 참조)에 해당하는 경우의 치아영상진단으로 아래의 진료행위를 말합니다.

구분		진료행위코드
X-ray	치근단 촬영	G9101~G9105
	교익 촬영	G9501~G9505
	교합 촬영	G9601
파노라마 촬영		G9701 , G9761

② 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영 급여 인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영 급여인정기준을 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에 "X-ray 촬영", "파노라마 촬영"이라 함은 치과치료를 목적으로 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로 등 개개의 치아보다는 전반적인 검진을 하기 위한 촬영술식을 말합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항에서 정한 사항
2. 라미네이트 등 미용상의 치료

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 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 포함)
4. 치과치료관련 증명서
   가. 치과 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사 양식)
      1) 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
      2) 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
      3) 해당 치아의 내원 당시의 상태
      4) 진료 내용
      5) 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
   나. 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(【별표8】 참조) 항목이 포함된 치과 진료비 영수증 등)
5. 위 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호, 제4호, 제5호 및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "치아촬영비(X-ray및파노라마)"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 경우 "치아촬영비(X-ray및파노라마)"에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-12. 특정임플란트치조골이식술치료 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 '특정임플란트치조골이식술치료 보장개시일'이라 합니다) 이후에 발생한 상해 또는 질병 진단을 확정 받고 그 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 정한 치과 병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 시술을 받기 위해 "특정임플란트치조골이식술치료"를 받은 경우에는 아래와 같이 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 영구치를 발거한 부위에 특정임플란트치조골이식술치료를 받고 임플란트 시술을 받은 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

<최초계약의 경우>

○ 상해를 원인으로 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우

구분	지급금액			
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상	비고
특정임플란트 치조골이식술	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			연간 무제한

○ 질병을 원인으로 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우

구분	지급금액			
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 2년 미만	보험계약일로부터 2년 이상	비고
특정임플란트 치조골이식술	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 0%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 50%	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%	연간 무제한

<재가입 계약의 경우>

구분	지급금액			
	재가입계약일로부터 90일 이하	재가입계약일로부터 90일 초과 2년 미만	재가입계약일로부터 2년 이상	비고
특정임플란트 치조골이식술	영구치 발거 1개당 보험가입금액의 100%			연간 무제한

② 제1항에서 "특정임플란트치조골이식술치료"라 함은 임플란트를 시술할 목적으로 치조골(잇몸뼈)이 부족하다고 판단되는 경우에 이식재료(자가골, 동종골, 이종골, 합성골 등)을 이용하여 치조골(잇몸뼈)를 이식하는 시술로서 아래에 정한 골이식(BBG, Block Bone Graft), 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) 및 상악동거상술(SL, Sinus Lifting)을 말합니다.

1. 골이식술(BBG, Block Bone Graft): 골이식재를 치조골(잇몸뼈)이 부족한 부위에 이식하여 뼈를 형성해주는 방법을 말합니다.
2. 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration): 뼈를 이식하고 그 공간에 잇몸 등의 다른 조직들이 차오르지 않고 뼈가 충분한 시간적 여유를 가지고 차오를 수 있도록 막을 씌워 골 재생을 유도하는 시술을 말합니다.
3. 상악동거상술(SL, Sinus Lifting): 상악 어금니 부위의 임플란트 시술에 적용되는 시술로서 상악

동을 상부로 밀어올려 그 곳에 골이식을 하는 방법을 말합니다. 측면에서 치조골(잇몸뼈)를 동그랗게 뚫어 접근하는 방법과 임플란트가 식립될 부분에 상악동을 밀어넣어 접근하는 방법이 있습니다.

③ 제1항에서 "임플란트(Implant)"라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강조직에 이물 성형재료를 매식한 후 삽입하는 고정성 또는 가철성 보철물을 말합니다.

④ 제1항의 영구치(永久齒)라 함은 유치(乳齒, 젖니)가 빠진 후에 나오는 자연치아(타고난 치아를 인공치(人工齒)에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 이하 같습니다.)를 말하며, 성치(成齒)라고도 합니다. 이 특별약관에서는 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치(비정상적으로 작은 치아) 등 모양이 이상한 치아)는 제외합니다.

⑤ 제1항의 질병은 상해사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

⑥ 제1항의 '보험계약일로부터 경과기간'은 보험계약일(재가입계약일)로부터 영구치를 발거한 날까지의 경과기간을 말합니다.

제2조(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 "치아우식증(충치)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 특별약관에서 정한 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 것을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 상병 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 이 특별약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 치주질환(잇몸질환)은 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분되며, 염증 반응이 치은 조직에만 국한되었을 경우에는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라 합니다.

③ 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

⑥ 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해 및 질병(제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 및 질병을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 상해 및 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 및 질병으로 봅니다.

② 회사는 피보험자가 동일한 상해 및 질병으로 특정임플란트치조골이식술치료 보장개시일 이후 치료를 받던 병원에서 다른 병원으로 이동하여 치료를 받는 경우에도 하나의 사고로 봅니다.

③ 회사는 피보험자가 특정임플란트치조골이식술치료 보장개시일 이후 치과치료를 받던 중 또는 치

아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간이 만료(제3절 제도성 특별약관 만기 재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되거나 계약효력이 상실된 이후에도 보험기간 만료일로부터 180일(보험기간 만료일은 제외합니다) 또는 계약효력 상실일로부터(계약 효력상실일은 제외합니다) 180일까지의 치료에 대하여는 보장하여 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간한도 내에서 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 상해 또는 질병으로 인하여 보장개시일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 영구치발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 이 특별약관의 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 영구치를 발거한 해당 부위에 특정임플란트치조골이식술치료를 할 경우 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항에서 정한 사항
2. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
3. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대한 치아치료
4. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 목적의 치료
5. 특정임플란트치조골이식술치료 보장개시일 이전에 발거된 영구치에 대한 보철치료
6. 부정치열을 교정하기 위한 영구치 발거
7. 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 발거하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

8. 골분할술(Ridge split technique), 골신장술(Distraction osteogenesis) 등 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정하지 않은 시술

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 치과치료 진단서
   가. 영구치 발거의 위치(또는 치아번호) 및 일자
   나. 영구치 발거전 치아상태
   다. 직접적인 영구치 발거 원인
   라. 보철치료의 종류 및 치료종료일

5. 진료비 계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(【별표 8】 참조) 항목이 포함된 치과 진료비 영수증)
6. 위 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
7. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호, 제4호, 제5호 및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 정한 "특정임플란트치조골이식술치료"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 재가입계약의 경우에는 보장개시일은 재가입일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 영구치보철치료를 진단받고, 그 치료의 목적으로 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 특정임플란트치조골이식술치료를 받은 경우 "특정임플란트치조골이식술치료"에 대한 보장개시일은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장을 해드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

2. 상해 관련 특별약관

2-1. 일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표2】 참조)에서 정한 골절(치아파절제외)로 진단이 확정된 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 발생시는 1회에 한하여 지급합니다.

② 골절(치아파절제외)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항의 규정을 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

2-2. 흉터복원및외모특정상해수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.

1. 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 지급하여 드립니다.

안면부	상지·하지
수술 1cm 당 14만원	수술 1cm 당 7만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함)

2. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 외모특정상해분류표(【별표3】 참조)에서 정한 "외모특정상해"로 진단확정 받고, 그 "외모특정상해"의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우, 수술 1회당 흉터복원및외모특정상해수술 보험금을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 흉터복원및외모특정상해수술은 하나의 사고에 대하여 최고 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 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 제1조(보험금의 지급사유)에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 흉터복원및외모특정상해수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임(避妊))목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술등)은 제외합니다.

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)(【별표8】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호의 경우 동일한 사고로 인하여 흉터복원및외모특정상해수술 보험금 지급사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 흉터복원및외모특정상해수술 보험금만을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항에서 정한 사항
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산
5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
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, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

3. 질병 관련 특별약관

3-1. 3대(시각,청각,후각)외모관련특정질환수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 실명관련특정질환분류표(【별표4】 참조)에서 정한 "실명관련특정질환"으로 진단확정 받고, 그 "실명관련특정질환"의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우, 수술 1회당 실명관련특정질환수술보험금을 지급합니다.
2. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정안검질환분류표(【별표5】 참조)에서 정한 "특정안검질환"으로 진단확정 받고, 그 "특정안검질환"의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우, 수술 1회당 특정안검질환수술보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 청각특정질환분류표(【별표6】 참조)에서 정한 "청각특정질환"으로 진단확정 받고, 그 "청각특정질환"의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우, 수술 1회당 청각특정질환수술보험금을 지급합니다.
4. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 후각특정질환분류표(【별표7】 참조)에서 정한 "후각특정질환"으로 진단확정 받고, 그 "후각특정질환"의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우, 수술 1회당 후각특정질환수술보험금을 지급합니다.

구분	지급금액
실명관련특정질환수술	보험가입금액 * 100%
특정안검질환수술	보험가입금액 * 25%
청각특정질환수술	보험가입금액 * 100%
후각특정질환수술	보험가입금액 * 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "실명관련특정질환" 및 "특정안검질환"의 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법 등은 수술 일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

【보험금 지급 예시】

피보험자가 녹내장 진단을 받고 레이저 수술기법으로 최초 수술을 받은 후 30일 이후 다시 레이저 수술을 받은 경우에는 수술을 2번 받았지만 1회로 간주하여 1회 보험금만 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표8】 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 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임(避妊))목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 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)(【별표8】 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)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1절 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항(【별표8】 참조)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다)
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
4. 단순 코골음
5. 코성형수술(융비술) 등 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

제 3 절
제 도 성 특 별 약 관

1. 이륜자동차운전및탑승중상해부담보 특별약관

제1조(계약의 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 보장개시일(책임개시일)은 제1절 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 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(【별표8】 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 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 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 제1절 보통약관 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 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 제1절 보통약관 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

【예시: 계약자 또는 피보험자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우】

이는 계약자 또는 피보험자의 개인적인 사유 등으로 인하여, 계약자 또는 피보험자의 거래은행에서 계좌를 이용할 수 없는 경우를 말합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

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 제1절 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 제1절 보통약관 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 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.

4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 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 보통약관 또는 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(【별표8】 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 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)
① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에서 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 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
   4. 피보험자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서
   5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
   6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 제1절 보통약관 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 만기 재가입 특별약관

제1조(재가입에 관한 사항)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보험기간 만료일까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 재가입전 계약 보험기간 만료일의 다음날(이하 「재가입일」이라 합니다)로 재가입할 수 있습니다.

1. 재가입일 현재 피보험자의 나이가 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 나이의 범위 이내일 것
2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3. 재가입 전 계약이 소멸되지 않을 것

② 계약자가 재가입 시점에서 직전계약과 보험가입금액 및 보장내용이 동일한 가입조건으로 재가입을 청약하는 경우 회사는 재가입을 거절하지 않습니다. 계약자는 재가입 시점에서 치아의 보존치료시 보험금을 지급하는 회사의 판매상품에 추가된 담보를 선택하여 가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 가입을 거절 할 수 있습니다. 또한 계약자는 치아의 보존치료시 보험금을 지급하는 회사의 판매 상품에 추가된 담보 안내를 원하지 않는 경우, 그 내용을 제외한 재가입 안내만을 받을 수 있습니다.

③ 회사는 보험계약자에게 재가입전 계약의 보험기간 중에 재가입 요건, 보장에 관한 사항, 납입 보험료 및 재가입 절차 등에 관한 내용을 전화(음성녹음), 서면(등기우편 등), 전자문서 또는 이와 유사한 방법으로 보험계약자에게 안내하여 드리며, 재가입일 전일까지 보험계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다.

제2조(동일한 가입 조건에 관한 사항)

제1조(재가입에 관한 사항) 제2항의 재가입 직전계약과 보험가입금액 및 보장내용이 동일한 가입 조건으로 재가입하는 경우 아래에서 정한 내용을 따릅니다.

1. 재가입되는 계약은 재가입전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 재가입일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
2. 재가입전 계약의 보험약관 또는 특별약관의 소멸사유가 발생하였을 경우, 해당 담보의 가입은 불가합니다.
3. 제2호에도 불구하고 재가입된 경우 그 계약은 무효로 하며, 재가입 이후 그 때까지 납입한 보험료는 돌려 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

6. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특약의 적용범위)

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 '전환대상계약'이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」(【별표8】 참조)에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」(【별표8】 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 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

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. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

【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 특약을 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 특약을 적용할 수 없습니다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 3】

전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특약에 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(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 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 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」(【별표8】 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 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 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 경우」에는 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(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우, 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 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 전환취소신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
치아보존치료 등 보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50%
		1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 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 제1절 보통약관 제9조(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.

【별표2】 골절(치아파절제외)분류표

① 약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 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) 제9차 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.

【별표3】 외모특정상해분류표

① 약관에 규정하는 외모특정상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
1. 머리의 손상(S00-S09)	S00-S09
2. 목의 손상(S10-S19)	S10-S19
3. 여러 신체부위를 포함하는 손상 중	
- 목과 함께 머리를 침범한 표재성 손상	T00.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 표재성 손상	T00.8주1)
- 목과 함께 머리를 침범한 열린상처	T01.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 열린상처	T01.8주1)
- 목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8주1)
- 목과 함께 머리를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8주1)
- 목과 함께 머리를 침범한 으깸손상	T04.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 으깸손상	T04.8주1)
4. 화상 및 부식(화학 약품 등에 의한 피부손상) 중	
- 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
- 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
5. 동상 중	
- 머리의 표재성 동상	T33.0
- 목의 표재성 동상	T33.1
- 조직괴사를 동반한 머리의 동상	T34.0
- 조직괴사를 동반한 목의 동상	T34.1

주1) 기타 복합 신체부위에 관한 사항은 안면부 및 두부, 목부위와 다른 부위의 상해가 중복되어 수술할 때를 말합니다.

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 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.

【별표4】 실명관련특정질환분류표

① 약관에 규정하는 실명관련특정질환으로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 실명관련특정질환 분류표에서 정한 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질환		분류번호
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
당뇨병성 망막병증	당뇨병성 망막병증(4단위 및 5단위 숫자 .30, .31, .32, .33에 해당되는 E10-E14+)	H36.0
	당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 1형 당뇨병(H36.0*)	E10.31
	당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 1형 당뇨병(H36.0*)	E10.32
	기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 1형 당뇨병(H36.0*)	E10.33
	당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 2형 당뇨병(H36.0*)	E11.31
	당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 2형 당뇨병(H36.0*)	E11.32
	기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 2형 당뇨병(H36.0*)	E11.33
	당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병(H36.0*)	E12.31
	당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병(H36.0*)	E12.32
	기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병(H36.0*)	E12.33
	당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병(H36.0*)	E13.31
	당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병(H36.0*)	E13.32
	기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병(H36.0*)	E13.33
	당뇨병성 비증식성 망막병증을 동반한 상세불명의 당뇨병(H36.0*)	E14.31
	당뇨병성 증식성 망막병증을 동반한 상세불명의 당뇨병(H36.0*)	E14.32
	기타 및 상세불명의 망막병증을 동반한 상세불명의 당뇨병(H36.0*)	E14.33

주1) 제9차 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.

【별표5】 특정안검질환분류표

① 약관에 규정하는 특정안검질환로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
안검내반	안검내반 및 속눈썹증	H02.0
안검하수	안검하수	H02.4

주1) 제9차 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.

【별표6】 청각특정질환분류표

① 약관에 규정하는 청각특정질환으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류기호
1. 외이의 질환(H60-H62)	H60-H62
2. 중이 및 유돌의 질환(H65-H75)	H65-H75
3. 내이의 질환(H80-H83)	H80-H83
4. 귀의 기타장애(H90-H95)	H90-H95
5. 귀의 결핵	A18.6
6. 중이염이 합병된 홍역(H67.1*)	B05.3

주1) 제9차 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.

【별표7】 후각특정질환분류표

① 약관에 규정하는 후각특정질환으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류기호
1. 혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
2. 만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
3. 만성부비동염	J32
4. 코폴립	J33
5. 코 및 비동의 기타 장애	J34

주1) 제9차 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.

【별표8】 약관에서 인용된 법·규정

[법규1] 의료법
[법규2] 민법
[법규3] 전자서명법
[법규4] 국민건강보험법
[법규5] 의료급여법
[법규6] 의료급여법 시행령
[법규7] 국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙
[법규8] 자동차관리법 시행규칙
[법규9] 소득세법
[법규10] 소득세법 시행령
[법규11] 소득세법 시행규칙
[법규12] 금융소비자 보호에 관한 법률
[법규13] 상법 시행령
[규정1] 관공서의 공휴일에 관한 규정

▶ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

[법규1] 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.>

[법규2] 민법

내용
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.]
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

[법규3] 전자서명법

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2020. 12. 10.> 1. (생 략) 2. "전자서명"이라 함은 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. (생략)

[법규4] 국민건강보험법

내용
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. 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.

[법규5] 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.

[법규6] 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 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. <개정 2008.2.29., 2010.3.15.> 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 제4항의 규정에 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 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장・군수・구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. <개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2008.2.29., 2010.3.15., 2012.6.7., 2014.7.16.> 1. 1종수급권자: 2만원 2. 2종수급권자: 20만원 ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2009.3.31., 2017.12.29.> 1. 1종수급권자: 매 30일간 5만원 2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만,「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다. ⑦ 시장・군수・구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. <신설 2004.6.29., 2008.2.29., 2010.3.15.>

[법규7] 국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙

내용
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.> **[별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)** <개정 2021. 3. 26.> 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, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 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. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「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 의료 기관(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, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期)전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 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 장애인의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「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: 제8조제4항 전단에 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 제외

한다): 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. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 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. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조의제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따라 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」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 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, 제4호더목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.

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 기상한의서의 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.

[법규8] 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 2020. 2. 28.>
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 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 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 초과 하는 것
승 합 자동차	배기량이 1000시시 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 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 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 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비1.6미터·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(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하 (최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 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·경형 화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 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 격벽을 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 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. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

[법규9] 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)

[법규10] 소득세법 시행령

내용
제118조의4 (보험료의 세액공제) ① 소득세법 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 소득세법 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]
제107조(장애인의 범위) ① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13.> 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. 삭제 <2001. 12. 31.> 4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

[법규11] 소득세법 시행규칙

내용
제54조(장애아동의 범위) 소득세법 시행령 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란「장애아동 복지 지원법」제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다. [본조신설 2018. 3. 21.]
제61조의3 (공제대상보험료의 범위) 소득세법 시행령 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.]

[법규12] 금융소비자 보호에 관한 법률

내용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 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.

[법규13] 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.]

[규정1] 관공서의 공휴일에 관한 규정

내용
제1조(목적) 이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다. **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 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다. ② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다. [본조신설 2013. 11. 5.] 부칙 <제28394호,2017. 10. 17.> 이 영은 공포한 날부터 시행한다.

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

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

○ **해지환급금**
- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

○ **보험계약대출이율**
- 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

특별약관 색인

3대(시각,청각,후각)외모관련특정질환수술 특별약관	103p
영구치발거치료 특별약관	87p
영구치보철치료 특별약관	60p
일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관	99p
치석제거(스케일링)치료 특별약관	90p
치수(신경)치료 특별약관	65p
치아촬영비(X-ray및파노라마) 특별약관	92p
치주질환치료 특별약관	68p
크라운치료 특별약관	57p
특정임플란트치조골이식술치료 특별약관	94p
프리미엄영구치보철치료 특별약관	75p
프리미엄치수(신경)치료 특별약관	80p
프리미엄치주질환치료 특별약관	83p
프리미엄크라운치료 특별약관	72p
흉터복원및외모특정상해수술 특별약관	100p

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험회사, 대한손해보험협회, 보험개발원, 은행연합회, 업무위탁회사 및 기타 신용정보제공 이용자, 신용정보집중기관, 신용정보업자 등(이하 "제3자")에 대한 정보의 제공 활용 동의 여부와 관계없이 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에대한 정보의 제공활용에 동의하지 않으시는 경우 제휴, 부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 고객은 가입신청시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로서 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

■ 인터넷접수: 당사 홈페이지 (www.axa.co.kr)
전화접수: 1566-1566
서면접수: (04322) 서울시 용산구 한강대로71길 4 한진중공업빌딩 10층 AXA손해보험(주)

나. 위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 개인신용정보 관리보호인 또는 대한손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 개인신용정보 관리보호인	대한손해보험협회 정보보호담당자	금융감독원 정보보호담당자
1566-1566 서울시 용산구 한강대로71길 4 한진중공업빌딩 10층 AXA손해보험주식회사	02-3702-8544 서울시 종로구 수송동 80번지 손해보험협회 기획조사부	금융감독원 민원실(국번없이) 1332 서울시 영등포구 여의도동 27번지

※ 단, 신규거래 고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

3. 신용정보 제공사실 통보 요구 및 오류정보 정정 요구

가. 고객은『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』및『신용정보업감독규정』등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 당사 인터넷 홈페이지 또는 금융감독원 홈페이지에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 개인신용정보 관리·보호인에게 신청하여 주시기 바랍니다.

- 신용정보 제공사실 통보 요구권(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제24조의 2)
  • 고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리
- 신용정보 열람 및 정정요구권(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제25조)
  • 고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정 요구 및 정정 처리결과에 이의가 있는 경우 금감위에 시정 요청 가능

나. 고객은 본인 신용정보를 신용정보업자(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 한국개인신용 등)를 통하여 연간 일정범위내에서 무료로 확인할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용정보업자에 문의하시기 바랍니다.