1566-1566
www.axa.co.kr

AXA손해보험주식회사
AXA General Insurance Co.,LTD.
04322 서울특별시 용산구 한강대로 71길 4(갈월동)
한진중공업빌딩 11층

판매개시일 2019. 01. 01

다이렉트 늘안심입원비보험(Ⅱ)

보험약관

적용일자 2019. 01. 01
제작일자 2019. 01. 01

본 약관 내용중 특별약관은 보험증권에 기재된
특약에 한하여 보상받으실 수 있습니다.

다이렉트 늘안심입원비보험(Ⅱ)

목 차

보험용어 해설 ····· 4
가입자 유의사항 ····· 5
주요내용 요약서 ····· 6
보험금청구시 구비서류 안내 ····· 8
보험금 지급절차 안내 ····· 9
주요 민원사례 ····· 10

제 1 절 보 통 약 관 ····· 11

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 11
제1조(목적) ····· 11
제2조(용어의 정의) ····· 11

제2관 보험금의 지급 ····· 11
제3조(보험금의 지급사유) ····· 11
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 12
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 12
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 13
제7조(보험금의 청구) ····· 13
제8조(보험금의 지급절차) ····· 13
제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 14
제10조(주소변경통지) ····· 14
제11조(보험수익자의 지정) ····· 14
제12조(대표자의 지정) ····· 14

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 15
제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 15
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 15
제15조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 16
제16조(사기에 의한 계약) ····· 17

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 17
제17조(보험계약의 성립) ····· 17
제18조(청약의 철회) ····· 17
제19조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 18
제20조(계약의 무효) ····· 19
제21조(계약내용의 변경 등) ····· 19
제22조(보험나이 등) ····· 19
제23조(계약의 소멸) ····· 20

제5관 보험료의 납입 ····· 20
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 20
제25조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 20
제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ··· 21
제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ··· 21
제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ··· 21

제6관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등 ····· 22
제29조(계약자의 임의해지) ····· 22
제30조(중대사유로 인한 해지) ····· 22
제31조(회사의 파산선고와 해지) ····· 23
제32조(보험료의 환급) ····· 23

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 23
제33조(분쟁의 조정) ····· 23
제34조(관할법원) ····· 23
제35조(소멸시효) ····· 24
제36조(약관의 해석) ····· 24
제37조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 24
제38조(회사의 손해배상책임) ····· 24
제39조(개인정보보호) ····· 24
제40조(준거법) ····· 25
제41조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 25

제 2 절 특 별 약 관 ····· 26

1. 상해관련 특별약관 ····· 26
   1-1. 일반상해중환자실입원일당 특별약관 ····· 26
   1-2. 일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관 ····· 26
   1-3. 일반상해화상진단 특별약관 ····· 27
   1-4. 일반상해5대골절진단 특별약관 ····· 28
   1-5. 일반상해5대골절수술 특별약관 ····· 29
   1-6. 일반상해흉터복원수술 특별약관 ····· 29

2. 질병입원일당관련 특별약관 ····· 30
   2-1. 질병입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관 ··· 30
   2-2. 암직접치료입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관 ··· 32
   2-3. 뇌혈관질환입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관 ··· 36
   2-4. 허혈성심장질환입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관 ··· 38

3. 질병관련 특별약관 ····· 40
   3-1. 암진단 특별약관 ····· 40
   3-2. 레진/인레이/온레이충전치료 특별약관 ····· 44
   3-3. 크라운치료 특별약관 ····· 48
   3-4. 고정성가공의치/임플란트보철치료 특별약관 ····· 51

제 3 절 제 도 성 특 별 약 관 ····· 56

1 보험료자동이체납입 특별약관 ····· 56
2 보험료분납 특별약관 ····· 56
3 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 57
4 보험기간종료후재가입 특별약관 ····· 58
5 가족계약보장 특별약관 ····· 58
6 장애인전용보험전환 특별약관 ····· 59

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 ····· 61
【별표2】 약관에서 인용된 법·규정 ····· 62

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
– 보험계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

○ 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

가입자 유의사항

1. 보험계약 관련 특히 유의할 사항

○ **보험계약 전 알릴의무 위반**

– 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
– 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
– 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.

○ **가입제한에 관한 사항**

레진/인레이/온레이 충전치료, 크라운치료, 고정성가공의치/임플란트보철치료 담보의 경우 최초 계약일이 2016년 7월 31일 이전계약에 한하여 가입이 가능합니다.

2. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ **입원 관련 담보**

의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

○ **상해 관련 담보**

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

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 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, 진단계약, 또는 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효(신체 관련)

다음에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
– 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

5. 계약의 소멸(신체 관련)

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

6. 계약 전 · 후 알릴의무

1) 계약 전 알릴의무: 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필 서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴의무: 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
– 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
– 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

3) 알릴의무 위반 시 효과: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

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

7. 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.

보험금청구시 구비서류 안내

	구분	필요서류	발급처
공통	공통사항	▣ 보험금청구서(당사양식) ▫ 보험금청구권위임시위임장,인감증명서 피보험자가미성년자인경우위임장 생략 보험금 50만원 이하 위임장 생략 가능 (주민등록증 사본에 직접 위임내용 기재 후 제출) ▣ 부모입증서류: 주민등록등본 또는 의료보험증 사본	홈페이지(다운로드), 팩스, 메일,우편송부

	구분	필요서류	발급처
입원일당	상해(질병) 입원일당	▣ 입(퇴)원확인서 ▫ 진단서 입퇴원확인서에 진단명이 명시된 경우에 진단서 생략	해당병원
		▫ 초진기록부(가입 후 근접인 경우) ▫ 교통사고일 경우 보상처리확인원 당사 자보처리건의 경우는 보상처리확인원 생략	해당병원 보상처리한 보험사
	암직접치료입원일당	▣ 입(퇴)원확인서(암의 직접치료 목적인 입원만 해당)	해당병원
	뇌혈관질환입원일당	▣ 진단서(질병분류표 상 한국질병분류번호 기재)	해당병원
	허혈성 심장질환 입원일당	▣ 진단서(질병분류표 상 한국질병분류번호 기재)	해당병원
	일반상해 중환자실 입원일당	▣ 입(퇴)원확인서, 중환자실간호기록지 등(중환자실 입원을 입증할 수 있는 서류) ▣ 교통사고인 경우 보상처리확인원	해당병원 보험사

	구분	필요서류	발급처
진단비	골절진단 (치아파절 제외)/ 화상진단/ 5대골절진단	▣ 진단서(골절, 화상분류표 상 진단분류 기재)	해당병원
	암진단	▣ 진단서(악성신생물분류표 상 진단분류 기재)	해당병원

	구분	필요서류	발급처
수술비	일반상해 5대골절수술	▣ 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류 (예: 수술확인서, 진단서 등) ▣ 재해 입증 서류	해당병원 서류별 상이
	일반상해흉터 복원수술	▣ 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자, 수술 cm가 기재된 서류 (예: 수술확인서(cm기재)) ▣ 재해 입증 서류	해당병원 서류별 상이

	구분	필요서류	발급처
치아관련	충전치료/ 크라운치료/ 보철치료	▣ 진단명, 치아번호, 치료내역이 명시된 서류 중 발급비용 저렴한 것 ▫ 초진기록부(가입 후 근접인 경우)	해당병원

※ 상기서류 이외에 보험금 청구 사안에 따라 추가서류를 요청할 수 있습니다.

보험금 지급절차 안내

제출하신 서류가 회사에 접수되는 경우 보험금 지급심사 업무가 진행됩니다.

Ⅰ. 사고접수

1. 인터넷 접수: 홈페이지 www.axa.co.kr
2. 애플리케이션 접수(스마트폰, 태블릿 PC)
3. 콜센터 접수: 1566-1566(5번)

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: 환급금 관련

사례: A씨는 보험가입 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 돌려받은 환급금이 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 환급금이 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(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 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.

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 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: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.
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)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 첫날부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 상해입원일당(입원일수 차등지급, 1일이상) 담보의 보험가입금액에 따라 아래와 같이 보험수익자에게 지급합니다.

보상금액	
최초입원일로부터 3일까지의 입원	최초입원일 이후 4일부터 120일까지의 입원
입원 1일당 보험가입금액 × 300%	입원 1일당 보험가입금액 × 100%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항의 규정을 적용합니다.

【보험금 지급 예시】

피보험자가 보상하는 상해의 치료를 위하여 4일 동안 입원 후 퇴원하였다가 7일 후 동일한 상해의 치료를 위하여 재입원하여 5일간 치료 받은 경우(보험가입금액 2만원)
- 총 입원일수: 9일
- 총 보상일수: 9일
- 지급보험금
  = {최초입원 4일} + {재입원 5일}
  = {3일 × 6만원 + 1일 × 2만원} + {5일 × 2만원}
  = {20만원} + {10만원} = 30만원

③ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당(입원일수 차등지급, 1일이상)을 계속 보상하여 드립니다.
④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입계약에 보험기간의 경우에는 아래에서 정한 사항을 따릅니다.
1. 보통약관에서 정한 보험기간에도 불구하고 재가입전 계약의 계약해당일부터 재가입계약의 보험기간 만료일까지를 보통약관의 보험기간으로 적용합니다.

【용어풀이】

1. 입 원
이 보험에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 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 상태를 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

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

② 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 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 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을

통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 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.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

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

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 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

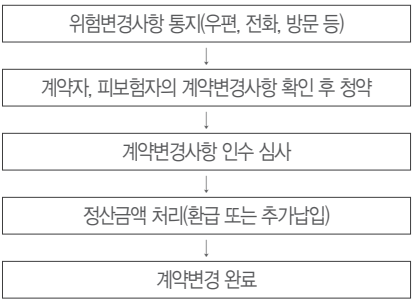
【직무】

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 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

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

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 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 변경 후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【고의】

자기의 행위가 불법구성요건을 실현함을 인식하고 인용하는 행위자의 심적 태도를 말합니다.

【중대한 과실】

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

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

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

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

제16조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
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 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 이 약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

【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.

제18조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험 계약자 등의 전문보험계약자를 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 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
   1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
   2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
   1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
   2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【취소】

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

제20조(계약의 무효)

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 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 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부
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 보험 수익자에게는 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 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 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.

제22조(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.

【보험나이 계산 예시】

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

③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

제23조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【소멸】

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

제5관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

【보장개시일】

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

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

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

④ 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입계약의 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제25조(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.

제26조(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

【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 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호(【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 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 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제13조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활】

계약자가 계속보험료를 납입하지 않아 계약이 실효된 경우에 계약자가 일정한 기간 내에 연체보험료와 약정이자의 지급 등 소정의 절차를 밟아 회사가 이를 승낙하면 효력 상실된 계약의 효력이 회복되는 제도를 말합니다.

제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제32조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분 절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지

하여야 합니다.

【타인을 위한 계약에 대한 설명】

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

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. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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 않은 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 보험료의 환급 등

제29조(계약자의 임의해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

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

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

【이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 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, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우: 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우: 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년 미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려 드립니다.
③ 제1항 제2호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제16조(사기에 의한 계약), 제29조(계약자의 임의해지) 또는 제30조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 돌려드려야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제33조(분쟁의 조정)

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

제34조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여

관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제35조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 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.

제36조(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 해석 하지 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.

제37조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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.

제38조(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 합의란】

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

제39조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용 정보의 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.

제40조(준거법)

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

제41조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 다만, 계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하지 않습니다.

제 2 절 특 별 약 관

1. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해중환자실입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 중환자실 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 일반상해중환자실입원일당 담보의 보험가입금액(일당 금액)을 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "중환자실"이라 함은 의료법 시행규칙 별표4단서(【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.
② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해중환자실입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

【용어풀이】

1. 입 원
이 보험에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-2. 일반상해골절진단(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 아래 골절분류표(치아파절제외)에 정한 골절로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 일반상해골절진단(치아파절제외) 담보의 보험가입금액을 골절진단비로 지급하여 드립니다.

【골절분류표(치아파절제외)】
약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 손상을 말합니다.

대 상 골 절	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
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 신체 부위의 골절	T14.2

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 손상이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-3. 일반상해화상진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 아래 화상분류표에 정한 화상으로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 일반상해화상진단 담보의 보험가입금액을 화상진단비로 지급하여 드립니다.

【화상분류표】
약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 손상을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24

6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 손상이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)에서 화상이라 함은 화상분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-4. 일반상해5대골절진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로 아래 5대골절분류표에 정한 골절로 진단이 확정된 경우에는 1사고당 5대골절진단 담보의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급하여 드립니다.

【5대골절 분류표】
약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 손상을 말합니다.

대 상 골 절	분류코드
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 – S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 손상이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-5. 일반상해5대골절수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로 아래 5대골절분류표에 정한 골절을 입고 치료를 직접목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 5대골절수술 담보의 보험가입금액을 5대골절수술비로 지급하여 드립니다.

【5대골절 분류표】
약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 손상을 말합니다.

대 상 골 절	분류코드
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 – S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 손상이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 동일한 사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 5대골절 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 5대골절로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법·규정 참조) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 5대골절의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 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) Block (신경의 차단)은 제외합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

1-6. 일반상해흉터복원수술 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 등을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있음)을 받은 경우 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 지급하여 드립니다.

(보험가입금액 7만원)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 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

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 흉터복원수술이 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 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)로 부터 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)은 제외합니다.

④ 제3항에도 불구하고 수술을 대체하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정되고 있는 첨단의 의료기법으로 시술한 경우에도 수술로 봅니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

2. 질병입원일당관련 특별약관

2-1. 질병입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 질병입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 담보의 보험가입금액에 따라 아래와 같이 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

지급금액	
최초입원일 이후 4일부터 6일까지의 입원	최초입원일 이후 7일부터 123일까지의 입원
입원1일당 보험가입금액 × 300%	입원1일당 보험가입금액 × 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항의 규정을 적용합니다.

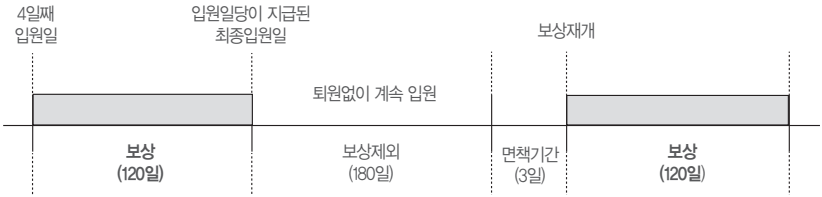
【보험금 지급 예시】

피보험자가 보상하는 질병의 치료를 위하여 4일 동안 입원 후 퇴원하였다가 7일 후 동일한 질병의 치료를 위하여 재입원하여 5일간 치료 받은 경우(보험가입금액 2만원)

- 총 입원일수: 9일
- 총 보상일수: 6일 (3일 면책)
- 지급보험금
  = {최초입원 4일} + {재입원 5일}
  = {3일 × 0만원(면책) + 1일 × 6만원} + {2일 × 6만원 + 3일 × 2만원}
  = {6만원} + {18만원} = 24만원

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입계약에 보험기간의 경우에는 아래 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.

1. 이 특별약관에서 정한 보험기간에도 불구하고 재가입전 계약의 계약해당일부터 재가입계약의 보험기간 만료일까지를 이 특별약관의 보험기간으로 적용합니다.

【용어풀이】

1. 입 원

이 보험에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 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
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

2-2. 암직접치료입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원에 4일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 암직접치료입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 담보의 보험가입금액에 따라 아래와 같이 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

지급금액	
최초입원일 이후 4일부터 6일까지의 입원	최초입원일 이후 7일부터 123일까지의 입원
입원1일당 보험가입금액 × 300%	입원1일당 보험가입금액 × 100%

【직접적인 치료에 대한 보험금 지급 예시】

- 사례: A씨는 위암을 진단 받고 대학병원에서 5일간 입원하여 수술 치료 후에 요양병원으로 전원하여 10일간 입원하며 압노바 및 헬릭소 등의 치료를 받고 15일에 대한 암직접치료 입원일당을 청구하였으나, 5일만 인정된 것에 대한 불만 제기

- 유의사항: 암의 치료를 직접 목적으로 하는 입원이란 "종양을 제거하거나 종양의 증식을 억제하기 위한 수술이나 방사선 치료, 항종양 약물치료 등 항암치료를 위하여 입원하는 경우를 의미합니다. (대법 2008다13777)

따라서 암 진단으로 입원하였다고 하더라도 암직접치료 입원일당은 전부 지급되는 것이 아닌, 암의 치료를 직접 목적으로 하는 입원일 경우에만 인정되어 지급됩니다.
압노바 및 헬릭소 등의 치료는 직접 목적으로 보기 어렵고 그 투여가 반드시 입원을 필요로 하는 것이 아니기 때문에 암 직접치료 입원일당에 해당되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
② 피보험자가 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항의 규정을 적용합니다.

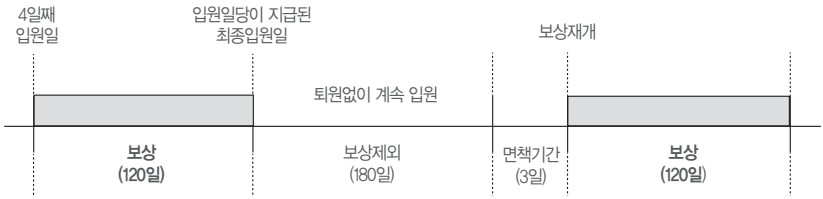
【보험금 지급 예시】

피보험자가 보상하는 암의 치료를 위하여 4일 동안 입원 후 퇴원하였다가 7일 후 동일한 암의 치료를 위하여 재입원하여 5일간 치료 받은 경우(보험가입금액 2만원)

- 총 입원일수: 9일
- 총 보상일수: 6일 (3일 면책)
- 지급보험금
  = {최초입원 4일} + {재입원 5일}
  = {3일 × 0만원(면책) + 1일 × 6만원} + {2일 × 6만원 + 3일 × 2만원}
  = {6만원} + {18만원} = 24만원

③ 제2항에도 불구하고 동일한 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 입원이라도 암직접 치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 보상하여 드립니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입계약에 보험기간의 경우에는 아래에서 정한 사항을 따릅니다.
1. 이 특별약관에서 정한 보험기간에도 불구하고 재가입전 계약의 계약해당일부터 재가입계약의 보험기간 만료일까지를 이 특별약관의 보험기간으로 적용합니다.

【용어풀이】

1. 입 원
이 보험에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(아래 【악성신생물(암) 분류표】참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)) 및 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암"또는 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암"또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【악성신생물(암) 분류표】

약관에 규정하는 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

▶ 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80 (불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발

부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제4조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(아래【제자리신생물 분류표】참조)을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제자리신생물 분류표】

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제5조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(아래【행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표】참조)을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표】

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42

7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

2-3. 뇌혈관질환입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 뇌혈관질환으로 병원 또는 의원에 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 뇌혈관질환입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 담보의 보험가입금액에 따라 아래와 같이 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

지급금액	
최초입원일 이후 4일부터 6일까지의 입원	최초입원일 이후 7일부터 123일까지의 입원
입원1일당 보험가입금액 × 300%	입원1일당 보험가입금액 × 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 뇌혈관질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항의 규정을 적용합니다.

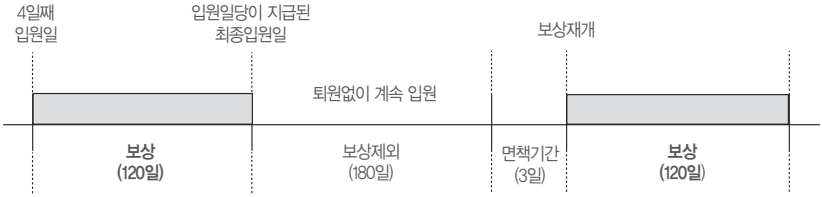
【보험금 지급 예시】

피보험자가 보상하는 뇌혈관질환의 치료를 위하여 4일 동안 입원 후 퇴원하였다가 7일 후 동일한 질병의 치료를 위하여 재입원하여 5일간 치료 받은 경우(보험가입금액 2만원)

- 총 입원일수: 9일
- 총 보상일수: 6일 (3일 면책)
- 지급보험금
  = {최초입원 4일} + {재입원 5일}
  = {3일 × 0만원(면책) + 1일 × 6만원} + {2일 × 6만원 + 3일 × 2만원}
  = {6만원} + {18만원} = 24만원

③ 제2항에도 불구하고 동일한 뇌혈관질환에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입계약에 보험기간의 경우에는 아래에서 정한 사항을 따릅니다.

1. 이 특별약관에서 정한 보험기간에도 불구하고 재가입전 계약의 계약해당일부터 재가입계약의 보험기간 만료일까지를 이 특별약관의 보험기간으로 적용합니다.

【용어풀이】

1. 입 원

이 보험에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제3조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(아래【뇌혈관질환 분류표】 참조)을 말합니다.

② "뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌혈관 질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

【뇌혈관질환 분류표】

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

2-4. 허혈성심장질환입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 허혈성심장질환으로 병원 또는 의원에 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 허혈성심장질환의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 허혈성심장질환입원일당(입원일수 차등지급, 4일이상) 담보의 보험가입금액에 따라 아래와 같이 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

지급금액	
최초입원일 이후 4일부터 6일까지의 입원	최초입원일 이후 7일부터 123일까지의 입원
입원1일당 보험가입금액 × 300%	입원1일당 보험가입금액 × 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

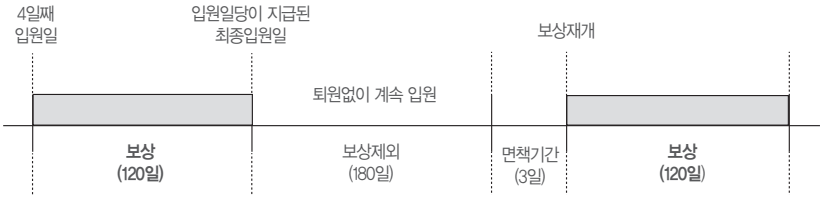
① 허혈성심장질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
② 피보험자가 동일한 허혈성심장질환의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항의 규정을 적용합니다.

【보험금 지급 예시】

피보험자가 보상하는 허혈성심장질환의 치료를 위하여 4일 동안 입원 후 퇴원하였다가 7일 후 동일한 질병의 치료를 위하여 재입원하여 5일간 치료 받은 경우(보험가입금액 2만원)
- 총 입원일수: 9일
- 총 보상일수: 6일 (3일 면책)
- 지급보험금
  = {최초입원 4일} + {재입원 5일}
  = {3일 × 0만원(면책) + 1일 × 6만원} + {2일 × 6만원 + 3일 × 2만원}
  = {6만원} + {18만원} = 24만원

③ 제2항에도 불구하고 동일한 허혈성심장질환에 대한 입원이라도 허혈성심장질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 허혈성심장질환 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 허혈성심장질환 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상기간 예시】



④ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입계약에 보험기간의 경우에는 아래에서 정한 사항을 따릅니다.

1. 이 특별약관에서 정한 보험기간에도 불구하고 재가입전 계약의 계약해당일부터 재가입계약의 보험기간 만료일까지를 이 특별약관의 보험기간으로 적용합니다.

【용어풀이】

1. 입 원

이 보험에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

제3조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(아래【허혈성심장질환 분류표】참조)을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

【허혈성심장질환 분류표】
약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정현존합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

3. 질병관련 특별약관

3-1. 암진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

〈최초계약의 경우〉

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">구분</th><th colspan="3">지급금액</th></tr>
<tr><th>보험계약일로부터 90일 이하</th><th>보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만</th><th>보험계약일로부터 1년 이상</th></tr>
<tr><td rowspan="2">암진단자금</td><td>15세미만</td><td colspan="2">보험가입금액의 50%</td><td rowspan="2">보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>15세이상</td><td>보험가입금액의 0%</td><td>보험가입금액의 50%</td></tr>
<tr><td colspan="2">제자리암진단자금
경계성종양진단자금
기타피부암진단자금
갑상선암진단자금</td><td colspan="2">보험가입금액의 10%</td><td>보험가입금액의 20%</td></tr>
</table>

〈보험기간종료후재가입 계약의 경우〉

구분	지급금액		
	보험계약일로부터 90일 이하	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
암진단자금	보험가입금액의 100%		

제자리암진단자금 경계성종양진단자금 기타피부암진단자금 갑상선암진단자금	보험가입금액의 20%

▶ 위에서 정한 보험가입금액은 보험증권에 기재된 암진단 담보의 보험가입금액을 말합니다.

② 제1항에서 암에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 15세 미만의 피보험자에 대하여 보험기간의 첫날로 하며, 15세 이상의 피보험자에 대하여 일반암의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암의 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입을 하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(아래 【악성신생물(암) 분류표】 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)) 및 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암", "기타피부암"또는 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암"또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【악성신생물(암) 분류표】

약관에 규정하는 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68

대 상 질 병	분류코드
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

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

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(아래【제자리신생물 분류표】참조)을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제자리신생물 분류표】

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(아래【행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표】참조)을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표】
약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

▶ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일(이하 '보험계약일'이라 합니다)부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단 확정될 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
② 회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보험의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 제1절 보통약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활 (효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일 (책임개시일)로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

3-2. 레진/인레이/온레이충전치료 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 레진/인레이/온레이충전치료에 대한 보장개시일(책임개시일)은 피보험자의 보험나이에 따라 다음 각 호(이하 충전 치료 보장개시일이라 합니다)를 따릅니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입을 하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우는 보험계약일
2. 피보험자의 보험나이가 3세 이상인 경우는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 아래의 치과치료에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 충전치료보장개시일 이후에 의사에 의하여 치아우식증(충치)을 진단 확정 받고, 그 치료를 직접적인 목적으로 해당 치아에 대하여 레진 또는 인레이 또는 온레이 충전치료를 받았을 경우: 레진/인레이/온레이 충전치료보험금

〈최초계약의 경우〉

치과치료	보험계약일로부터 경과기간	지급금액	지급한도
레진(Resin) /인레이(In-lay) /온레이(On-lay) 충전치료	180일 이하 (보험나이 3세 이상)	없음	연간 3개
	180일 이하 (보험나이 3세 미만)	치아 1개당 보험가입금액	
	180일 초과	치아 1개당 보험가입금액	

〈보험기간종료후재가입 계약의 경우〉

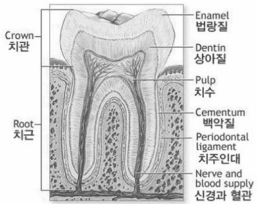
치과치료	지급금액	지급한도
레진(Resin)/인레이(In-lay) /온레이(On-lay) 충전치료	치아 1개당 보험가입금액	연간 3개

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

수복 재료 및 치료방법	정의
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 충전치료하는 방법을 말합니다.

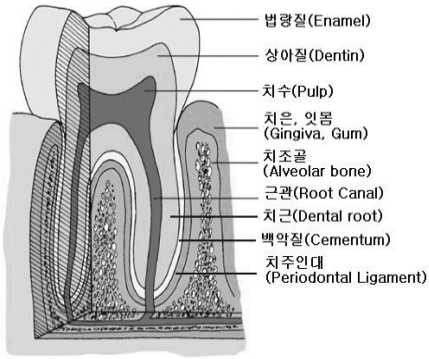
③ 제1항의 "치아우식증(충치)"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

【치아우식증】



치아의 가장 바깥쪽 표면부분을 덮고 있는 물질로, 바로 안쪽의 상아질을 보호하는 유백색의 단단한 물질을 법랑질(Enamel)이라고 합니다. 이 법랑질이 박테리아에 의해 설탕, 전분 등이 분해되면서 생기는 산(Acid)에 의해 손상되어 충치가 생기는 것을 치아우식증이라고 합니다.

【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 외부로 부터의 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.

④ 제1항의 충전치료라 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.

⑤ 제1항의 의사라 함은 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 치과 병 · 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사의 자격을 가진 자로 피보험자 및 그 가족이 아닌 면허가 있는 의료행위를 하는 자를 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치과치료 중 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치과치료(제2절 특별약관 3-3. 크라운치료를 가입한 경우, 크라운치료도 포함합니다.)를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 치료보험금만을 지급하여 드립니다.

【예시】

피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 골드인레이(Gold In-lay)치료를 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 보험기간 중에 동일한 질병(제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아우식증(충치)을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 질병으로 봅니다.

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

④ 회사는 피보험자가 충전치료보장개시일 이후 보험기간 중에 치과치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간이 만료(제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되는 경우, 이 특별약관 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료에 대하여는 보상하여 드립니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 연간이라 함은 보험기간의 첫날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 "계약해당일"이라 합니다.)까지의 기간을 말하며, 연간 한도를 계산하기 위한 기준일은 각 치료개시일로 합니다.

【예시】

(보험기간 3년, 보험기간 종료후 1회 재가입)

최초 계약일	1차 계약 해당일	2차 계약 해당일	만기 후 재가입	1차 계약 해당일	2차 계약 해당일	
2014.4.1	2015.4.1	2016.4.1	2017.4.1	2018.4.1	2019.4.1	2020.4.1

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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. 피보험자의 상해

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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 미용목적의 치료
4. 충전치료의 직접 원인이 치아우식증(충치)이 아닌 다른 원인일 경우
5. 다른 치과치료를 위한 임시 치과치료

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. 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 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호, 제4호, 제5호및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

3-3. 크라운치료 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 크라운에 대한 보장개시일(책임개시일)은 피보험자의 보험나이에 따라 다음 각 호(이하 크라운치료보장개시일이라 합니다)를 따릅니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입을 하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우는 보험계약일
2. 피보험자의 보험나이가 3세 이상인 경우는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 아래의 치과치료에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 크라운치료보장개시일 이후에 의사에 의하여 치아우식증(충치)을 진단 확정 받고, 그 치료를 직접적인 목적으로 해당 치아에 대하여 크라운치료를 받았을 경우: 크라운치료보험금

〈최초계약의 경우〉

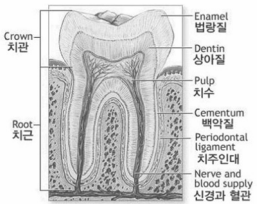
치과치료	보험계약일로부터 경과기간	지급금액	지급한도
크라운치료 (Crown)	180일 이하 (보험나이 3세 이상)	없음	연간 3개
크라운치료 (Crown)	180일 이하 (보험나이 3세 미만)	치아 1개당 보험가입금액	연간 3개
	180일 초과	치아 1개당 보험가입금액	

〈보험기간종료후재가입 계약의 경우〉

치과치료	지급금액	지급한도
크라운치료 (Crown)	치아 1개당 보험가입금액	연간 3개

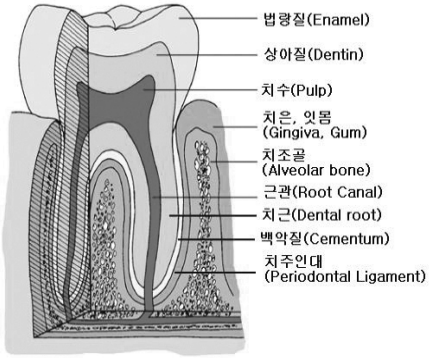
② 제1항의 "치아우식증(충치)"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

【치아우식증】



치아의 가장 바깥쪽 표면부분을 덮고 있는 물질로, 바로 안쪽의 상아질을 보호하는 유백색의 단단한 물질을 법랑질(Enamel)이라고 합니다. 이 법랑질이 박테리아에 의해 설탕, 전분 등이 분해되면서 생기는 산(Acid)에 의해 손상되어 충치가 생기는 것을 치아우식증이라고 합니다.

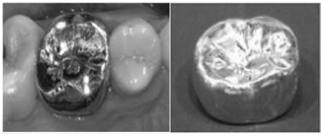
【치아구조】



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 외부로 부터의 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.

③ 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.

④ 제1항의 의사라 함은 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 치과 병 · 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사의 자격을 가진 자로 피보험자 및 그 가족이 아닌 면허가 있는 의료행위를 하는 자를 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치과치료 중 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치과치료(제2절 특별약관 3-2. 레진/인레이/온레이충전치료를 가입한 경우, 레진/인레이/온레이충전치료도 포함합니다.)를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 치료보험금만을 지급하여 드립니다.

【예시】

피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 골드인레이(Gold In-lay)치료를 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 보험기간 중에 동일한 질병(제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아우식증(충치)을 말합니다. 이하 같습니다)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 치과치료를 받은 경우 동일한 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 질병으로 봅니다.

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

④ 회사는 피보험자가 크라운치료보장개시일 이후 보험기간 중에 치과치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간이 만료(제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되는 경우, 이 특별약관 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료에 대하여는 보상하여 드립니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 연간이라 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.

【예시】

(보험기간 3년, 보험기간 종료후 1회 재가입)

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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. 피보험자의 상해

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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 미용목적의 치료

4. 크라운치료의 직접 원인이 치아우식증(충치)이 아닌 다른 원인일 경우
5. 다른 치과치료를 위한 임시 치과치료

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. 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 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 제4호 제5호 및 제6호의 경우는 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

3-4. 고정성가공의치/임플란트보철치료 특별약관

제1조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

제1절 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보철치료에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날(이하 보철치료 보장개시일이라 합니다)로 합니다. 다만, 보험기간이 종료되고 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 제3절 제도성특별 약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 의한 재가입을 하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 보철치료에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 보철치료보장개시일 이후에 의사에 의하여 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 진단 확정받고, 그 치료를 직접적인 목적으로 해당 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 고정성가공의치보철치료를 받았을 경우: 고정성가공의치보철치료보험금
2. 보험기간 중에 보철치료보장개시일 이후에 의사에 의하여 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 진단 확정받고, 그 치료를 직접적인 목적으로 해당 영구치를 발거한 후, 발거한 부위에 임플란트보철치료를 받았을 경우: 임플란트보철치료보험금

〈최초계약의 경우〉

보철치료	보험계약일로부터 경과기간	지급금액	지급 한도
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	180일 이하	없음	연간 3개
	180일 초과 ~ 1년 미만	영구치발거 1개당 보험가입금액의 50%	
	1년 이상	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%	
임플란트 (Implant)	180일 이하	없음	연간 3개
	180일 초과 ~ 1년 미만	영구치발거 1개당 보험가입금액의 50%	
	1년 이상	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%	

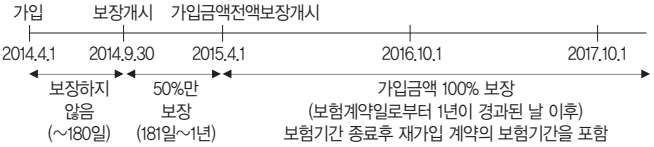
▶ 위 표의 '보험계약일로부터 경과기간'은 보험계약일로부터 영구치를 발거한 날까지의 경과기간을 말합니다.

〈보험기간종료후재가입 계약의 경우〉

보철치료	지급금액	지급한도
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%	연간 3개
임플란트(Implant)	영구치발거 1개당 보험가입금액의 100%	연간 3개

【보험금 지급 예시】

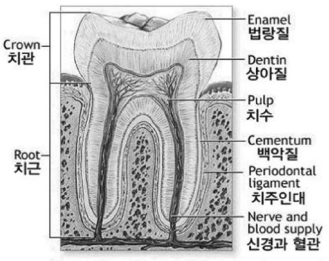
보험계약일: 2014년 4월 1일



② 제1항의 "치아우식증(충치)"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

③ 제1항의 "치주질환(잇몸질환)"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환 (잇몸질환))에 해당하는 것으로 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있습니다. 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다.

【치아우식증, 치주질환】



치아의 가장 바깥쪽 표면부분을 덮고 있는 물질로, 바로 안쪽의 상아질을 보호하는 유백색의 단단한 물질을 법랑질(Enamel)이라고 합니다. 이 법랑질이 박테리아에 의해 설탕, 전분 등이 분해되면서 생기는 산(Acid)에 의해 손상되어 충치가 생기는 것을 치아우식증이라고 합니다.

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.

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 약관에서는 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 의사라 함은 의료법 제3조(의료기관)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조) 제2항에 규정된 치과 병 · 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사의 자격을 가진 자로 피보험자 및 그 가족이 아닌 면허가 있는 의료행위를 하는 자를 말합니다.

⑥ 제1항에서 고정성가공의치라 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.

⑦ 제1항에서 임플란트(Implant)라 함은 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강조직에 이물 성형재료를 매식한 후 삽입하는 고정성 또는 가철성 보철물을 말합니다.

【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 영구접착되는 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보철치료 중 동일한 영구치에 대하여 동시에 두 가지 이상의 보철치료를 복합 형태로 받는 경우에는 해당 치료보험금 중에서 가장 높은 보철치료보험금만을 지급하여 드립니다.

【예시】

피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 고정성가공의치보철치료를 진단받아 치료를 받던 중 치료종료 이전에 의사의 진단에 의해 동일한 치아에 임플란트보철치료를 재진단 받아 치료를 받은 경우에는 치료가 종료된 이후 가장 높은 보철치료보험금에 해당하는 보험금만 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병(치아우식증, 치주질환)으로 1개의 치아에 대하여 2회 이상의 보철치료를 받은 경우 동일한 질병으로 인정하여 1회에 한하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우에는 새로운 질병으로 봅니다.

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

④ 회사는 피보험자가 보철치료보장개시일 이후 보험기간 중에 영구치를 발거한 이후 보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간이 만료(제3절 제도성특별약관 보험기간종료후재가입 특별약관에 따라 보험계약이 연장된 경우는 포함하지 않습니다)되는 경우, 이 특별약관 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치료에 대하여는 보상하여 드립니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 연간이라 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.

【예시】

(보험기간 3년, 보험기간 종료후 1회 재가입)

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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. 피보험자의 상해

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보철치료보장개시일 이전에 발거된 영구치에 대한 보철치료
2. 보철물을 수리, 복구, 대체 및 치료를 하는 경우
3. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니, Wisdom teeth)에 대한 보철치료
4. 부정치열을 교정하기 위한 영구치 발거
5. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용목적의 치료
6. 보철치료의 직접 원인이 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)이 아닌 다른 원인일 경우
7. 다른 치료를 위한 임시 보철치료
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)【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

제 3 절 제 도 성 특 별 약 관

1 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 제17조(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 연체중인 경우에는 보통약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

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

2 보험료분납 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 이 특별약관에 따라 계약자는 보험기간이 1년 이상 3년 이하 보험계약에 대하여 보험료를 제2항에 정한 바에 따라 나누어 납입할 수 있습니다.

② 계약자는 제1항에 의한 이 보험의 분납보험료를 다른 약정이 없으면 보험증권에 기재된 해당보험기간 및 보험료 납입과 관련한 분할회수, 납입시기, 납입방법에 따라 납입하여야 합니다.

③ 보험기간동안 이 보험의 보험료율이 변경된 경우라도 이 특별약관에 따라 납입하는 분납보험료는 변경적용하지 않습니다. 다만, 제1절 보통약관 제14조(상해보험계약 후 알릴의무)에 따라 보험료가 변경된 경우에는 예외로 합니다.

제2조(준용규정)

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

3 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 특별 약관은 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 각호의 1에 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

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(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)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 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 않은 사항은 제1절 보통약관 및 제2절의 해당 특별약관을 따릅니다.

4 보험기간종료후재가입 특별약관

제1조 (특약의 적용)

이 특별약관은 회사와 계약자간에 보험계약이 종료하고 계약자가 재가입하는 경우에 적용합니다.

제2조 (재가입 절차)

① 회사는 보험기간 종료 15일 전까지 계약자에게 보험기간이 끝난다는 사실을 통보하고 재가입 의사를 문의 합니다.
② 계약자가 보험기간 종료일까지 제1항의 재가입 의사를 회사가 정한 방식으로 표시하면 별도의 청약 및 승낙의 절차를 거치지 않고 계약이 재가입 처리됩니다.
③ 제1항 및 제2항의 통보, 문의 및 의사표시는 회사가 정한 방식으로 서면, 녹취전화, 이메일 및 홈페이지를 통해 할 수 있습니다.

제3조 (재가입계약의 적용)

재가입된 계약에 대하여 보험약관 및 요율이 변경된 경우에는 기존 계약의 보장이 끝나고 재가입 계약의 보장이 시작되는 때의 보험약관 및 요율을 적용하며 제2조(재가입 절차) 제1항의 통보에 그 주요 변경 내용을 포함합니다.

제4조 (준용규정)

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

5 가족계약보장 특별약관

제1조 (피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보험증권에 기재된 피보험자 본인 (이하 "본인"이라 합니다) 및 다음의 가족을 보통약관(특별약관을 포함합니다)의 피보험자로 합니다.
1. 본인의 배우자
2. 본인과 생계를 같이하는 부모 및 배우자의 부모
3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀

② 제1항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 제1절 보통약관 및 제2절의 해당 특별약관을 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」(【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」(【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에서 규정한 장애인인 보험

【법규】

〈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 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

【예시】

〈이 특약을 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 특약을 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 특약을 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」【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정 참조)에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【예시】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 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 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해연도에 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 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 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 전환취소 신청서를 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

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용 시 이 계약에서 정한 (보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】 약관에서 인용된 법 · 규정

[법규1] 의료법
[법규2] 의료법 시행규칙
[법규3] 전자서명법
[법규4] 소득세법
[법규5] 소득세법 시행령
[법규6] 소득세법 시행규칙

[법규1] 의료법

내 용

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.〉
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 의원
나. 치과의원
다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부 · 해산부 · 산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육 · 상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 병원
나. 치과병원
다. 한방병원
라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원,「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
〈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] 의료법 시행규칙

내 용

[별표 4] 의료기관의 시설규격(제34조 관련)
1. (생 략)
2. 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.
(이하 생 략)

[법규3] 전자서명법

내 용
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. (생 략) 2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다. 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배 · 관리하고 있을 것 다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것 라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것 4. ~ 13. (생 략) [전문개정 2001.12.31.]

[법규4] 소득세법

내 용
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)

[법규5] 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. 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. 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

[법규6] 소득세법 시행규칙

내용
제54조(장애아동의 범위) 소득세법 시행령 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다. 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.

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

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
(04322) 서울시 용산구 한강대로71길 4 한진중공업빌딩 10층 AXA손해보험㈜

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 한진 중공업 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.