

보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

· 보험계약 전 알릴 의무위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 **보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.**
- 과거 질병 치료사실 등을 **보험설계사에게 말로써 알린** 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 **청약서에 서면으로** 알려주시기 바랍니다.

· 종신보험

- 무배당 여성건강평생보장보험은 사망보험금을 중심으로 각종 특약을 통해 보장을 설계할 수 있는 상품으로 **저축이나 연금상품이 아닙니다.**

· 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 해지환급금에 관한 사항

- 보험계약을 중도 해지시 **해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.** 그 이유는 납입한 보험료에서 **위험보장을 위한** 보험료, 계약체결비용, 계약관리비용 및 특약보험료가 차감된 후 **운용·적립**되고, 해지시에는 적립금에서 이미 지출한 계약체결비용 및 계약관리비용 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

보험금 지급관련 특히 유의할 사항

· 무배당 여성건강평생보장보험

- **라이프케어보험금은 약관에서 정하는 '라이프케어 질병 및 수술' 중 최초 1회에 한하여 지급됩니다.**
라이프케어 질병 및 수술 : 암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전, 말기간질환, 말기폐질환, 관상동맥우회술, 5대(간장, 콩팥(신장), 심장, 췌장, 폐장)장기이식수술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 중대한 화상 및 부식
- **라이프케어보험금 지급사유가 발생한 이후에는 주계약의 해지환급금이 변동됩니다.**
- 주계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 또는 피보험자에게 보장개시일(단, 암의 경우 암보장개시일) 이후 라이프케어보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 이 경우 선택특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우에 한하여 해당 선택특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- 자세한 사항은 약관 및 상품설명서 내의 '보험금 지급관련 특히 유의할 사항'을 참조하시기 바랍니다.

자필서명

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

계약 전 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금지급사유로 한 계약의 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약을 한 날로부터 30일을 초과한 경우 또는 진단계약의 경우에는 그러하지 않습니다. 이 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.

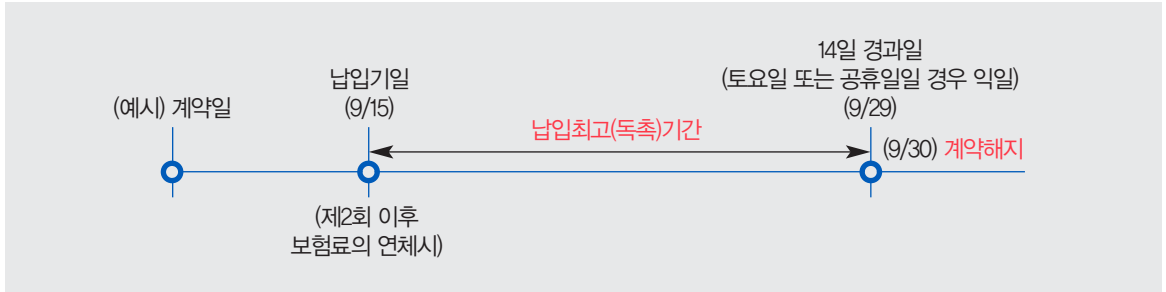
계약취소

청약시 약관과 계약자보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 보험계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

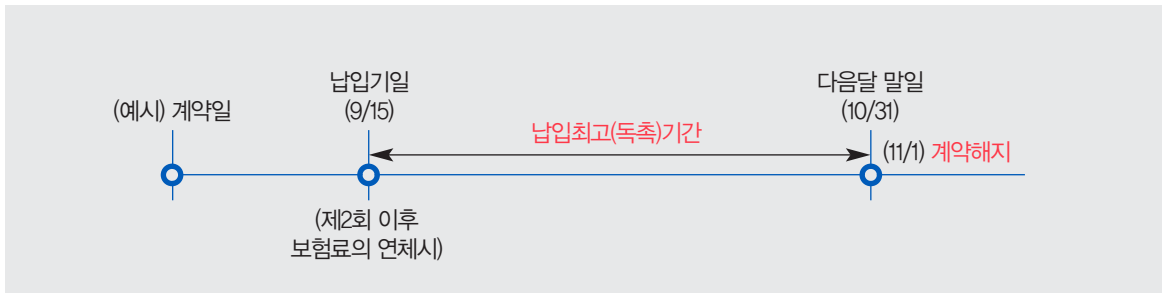
보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

[보험료의 납입연체 및 계약의 해지(납입최고(독촉)기간을 14일로 정한 경우)]



※ 다만, 당사의 납입최고(독촉) 기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지로 합니다.

[보험료의 납입연체 및 계약의 해지(실제 운용방법 예시)]



계약의 소멸

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

해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

보험약관

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

보험수익자

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

보험금

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

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

제 1관 목적 및 용어의 정의 06

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
- 제 3조 ‘라이프케어 질병’의 정의 및 진단확정, ‘라이프케어 수술’의 정의

(독촉)와 계약의 해지

- 제 28조 보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활 (효력회복)
- 제 29조 강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활 (효력회복)

제 2관 보험금의 지급 07

- 제 4조 보험금의 지급사유
- 제 5조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 6조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 7조 보험금 지급사유의 발생통지
- 제 8조 보험금의 청구
- 제 9조 보험금의 지급절차
- 제 10조 보험금 받는 방법의 변경
- 제 11조 주소변경통지
- 제 12조 보험수익자의 지정
- 제 13조 대표자의 지정

제 6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 16

- 제 30조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권
- 제 31조 중대사유로 인한 해지
- 제 32조 회사의 파산선고와 해지
- 제 33조 해지환급금
- 제 34조 보험계약대출
- 제 35조 배당금의 지급

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 11

- 제 14조 계약 전 알릴 의무
- 제 15조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과
- 제 16조 사기에 의한 계약

제 7관 분쟁의 조정 등 17

- 제 36조 분쟁의 조정
- 제 37조 관할법원
- 제 38조 소멸시효
- 제 39조 약관의 해석
- 제 40조 회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력
- 제 41조 회사의 손해배상책임
- 제 42조 개인정보보호
- 제 43조 준거법
- 제 44조 예금보험에 의한 지급보장

제 4관 보험계약의 성립과 유지 12

- 제 17조 보험계약의 성립
- 제 18조 청약의 철회
- 제 19조 약관교부 및 설명의무 등
- 제 20조 계약의 무효
- 제 21조 계약내용의 변경 등
- 제 22조 보험나이
- 제 23조 계약의 소멸

제 5관 보험료의 납입 14

- 제 24조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 25조 제2회 이후 보험료의 납입
- 제 26조 보험료의 자동대출납입
- 제 27조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

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

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애: <별표 2> 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 3 조 ['라이프케어 질병'의 정의 및 진단확정, '라이프케어 수술'의 정의]

- (1) '라이프케어 질병'이란 <별표3> "라이프케어 질병 및 수술의 정의"에서 정한 "암", "뇌출혈", "급성심근경색증", "말기신부전", "말기간질환", "말기폐질환", "중대한 화상 및 부식"을 말하며, '라이프케어 수술'이란 <별표3> "라이프케어 질병 및 수술의 정의"에서 정한 "관상동맥우회술", "5대장기(간장, 췌장(신장), 심장, 췌장, 폐장)이식 수술", "대동맥류인조혈관치환수술", "심장판막수술"을 말합니다. (이하 '라이프케어 질병'과 '라이프케어 수술'을 더하여 "라이프케어 질병 및 수술"이라 합니다.)
- (2) '라이프케어 질병' 중 "암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- (3) '라이프케어 질병' 중 "뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단

은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- (4) ‘라이프케어 질병’ 중 “급성심근경색증”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- (5) ‘라이프케어 질병’ 중 “말기신부전”의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의하여, 혈액투석, 복막투석 및 장기이식은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 병원 또는 의원에서 행해져야 합니다. 이 진단확정은 병력과 함께 콩팥(신장)기능검사를 포함한 혈액검사, 소변검사, 초음파검사, 조직검사를 기초로 하여야 합니다.
- (6) ‘라이프케어 질병’ 중 “말기간질환”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정기적인 이학적 검사, 혈액검사, 영상검사(초음파 등) 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.
- (7) ‘라이프케어 질병’ 중 “말기폐질환”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.
- (8) ‘라이프케어 질병’ 중 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 4 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 보험기간(종신) 중 제24조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
사망보험금	피보험자가 보험기간(종신) 중 사망하였을 경우	라이프케어보험금 지급사유가 발생하지 않았을 경우
		보험가입금액의 100%
라이프케어 보험금	피보험자가 보험기간(종신) 중 보장개시일 (다만, ‘라이프케어 질병’ 중 암의 경우 암보장개시일) 이후 ‘라이프케어 질병 및 수술’로 진단확정 되거나 수술을 받았을 경우(다만 ‘라이프케어 질병 및 수술’ 중 최초 1회에 한하여 지급)	라이프케어보험금 지급사유가 이미 발생하였을 경우
		보험가입금액의 100% - 이미 발생한 라이프케어보험금
		50% 선지급형
		보험가입금액의 50% (다만, 중대한 화상 및 부식을 제외한 기타사유로 보험 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시에는 보험 가입금액의 25%를 지급함)
		80% 선지급형
		보험가입금액의 80% (다만, 중대한 화상 및 부식을 제외한 기타사유로 보험 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시에는 보험 가입금액의 40%를 지급함)

[보험금 지급 예시]

35세 여자, 보험가입금액 1억원, 50% 선지급형 가입시

예1) 보험계약일로부터 1년 미만에 “뇌출혈”으로 라이프케어보험금 지급사유 발생시

라이프케어보험금 2,500만원 지급 (이후 사망시 사망보험금 7,500만원 지급)

예2) 보험계약일로부터 1년 이후에 “뇌출혈”으로 라이프케어보험금 지급사유 발생시

라이프케어보험금 5,000만원 지급 (이후 사망시 사망보험금 5,000만원 지급)

예3) 보험계약일로부터 1년 미만에 “중대한 화상 및 부식”으로 라이프케어보험금 지급사유 발생시

라이프케어보험금 5,000만원 지급 (이후 사망시 사망보험금 5,000만원 지급)

예4) 라이프케어보험금 지급사유가 발생하지 않고 사망시

사망보험금 1억원 지급

- (2) 보험료 납입기간 중 피보험자 가 “장해분류표”(〈별표2〉참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때 또는 제1항에서 정하는 라이프케어보험금의 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제 5 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- (2) 제4조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표 2〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (3) 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (4) 제4조 [보험금의 지급사유] 제2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (5) 제4조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (6) 제4조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (7) 제4조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (8) 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (9) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (10) 보험수익자와 회사가 제4조 [보험금의 지급사유] 에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조[의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- (11) 계약자는 피보험자가 보험계약일로부터 암보장개시일 전에 암으로 진단확정 되었을 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이

경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- (12) 보험계약일부터 암보장개시일 전에 암이 발생하였으나 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 암보장개시일 전에 진단된 암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 암으로 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항의 라이프케어보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- (13) 제12항에도 불구하고 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전에 암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제4조 [보험금의 지급사유]에 따라 보장하여 드립니다.
- (14) 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- (15) 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (16) 제15항의 청약일 이후 5년을 지나는 동안이라 함은 제27조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (17) 제28조 [보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 청약일로 하여 제14항 내지 제16항에 적용합니다.

제 6 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외 한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 [보험금 지급사유의 발생통지]

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 8 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호기입), 조직검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서, 입퇴원확인서, 장애진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제8조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표4〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송 제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제3항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조 [보험금 지급에 관한 세부 규정] 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 10 조 [보험금 받는 방법의 변경]

- (1) 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 11 조 [주소변경통지]

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

제 12 조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 13 조 [대표자의 지정]

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

- (2) 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- (3) 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대(連帶)로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 14 조 [계약 전 알릴 의무]

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

제 15 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조 [계약 전 알릴 의무]에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초 자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

[사례]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- (2) 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- (3) 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- (4) 제14조 [계약 전 알릴 의무]의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.
- (5) 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 16 조 [사기에 의한 계약]

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단 절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이

내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조 [보험계약의 성립]

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

제 18 조 [청약의 철회]

- (1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.
 1. 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약
 2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우
- (2) 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- (3) 청약을 철회할 때 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제 19 조 [약관교부 및 설명의무 등]

- (1) 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 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.
- (2) 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다) 을 하지 않은 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- (4) 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 20 조 [계약의 무효]

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

[심신상실자 및 심신박약자의 설명]

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

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

제 21 조 [계약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 3. 보험가입금액
 4. 계약자
 5. 기타 계약의 내용
- (2) 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- (3) 회사는 계약자가 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 제3호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제33조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- (5) 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- (6) 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 22 조 [보험나이]

- (1) 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조 [계약의 무효] 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- (2) 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

[보험나이 계산 예시]

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

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

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

제 23 조 [계약의 소멸]

피보험자가 보험기간 중 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입**제 24 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]**

- (1) 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- (2) 회사가 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 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명(證明)하는 경우
 2. 제15조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- (4) 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.
- (5) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항의 라이프케어보험금의 보장개시일은 다음과 같습니다.
 1. 제3조 [‘라이프케어 질병’의 정의 및 진단확정, ‘라이프케어 수술’의 정의]에서 정한 라이프케어 질병 및 수술 중 암의 보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 합니다.
 2. 암을 제외한 라이프케어 질병 및 수술로 인한 라이프케어보험금의 보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)로 합니다.

제 25 조 [제2회 이후 보험료의 납입]

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 26 조 [보험료의 자동대출납입]

- (1) 계약자는 제27조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지]에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조 [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) 제1항에도 불구하고 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 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- (4) 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제33조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- (5) 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 27 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (2) 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 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 제33조[해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 28 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]

- (1) 제27조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 표준이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- (2) 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조 [계약 전 알릴 의무], 제15조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과], 제16조 [사기에 의한 계약], 제17조 [보험계약의 성립] 제2항 및 제3항 및 제24조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

- (3) 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약 시 제14조 [계약 전 알릴 의무]를 위반한 경우에는 제15조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]가 적용됩니다

제 29 조 [강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)]

- (1) 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조[계약내용의 변경 등] 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)청약을 승낙합니다.
- (3) 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- (4) 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- (5) 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 30 조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제20조[계약의 무효]에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제33조[해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 31 조 [중대사유로 인한 해지]

- (1) 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- (2) 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조[해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 32 조 [회사의 파산선고와 해지]

- (1) 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- (2) 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- (3) 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조[해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 33 조 [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” (〈별표4〉 참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 34 조 [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 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- (3) 회사는 제27조 [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.

제 35 조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 36 조 [분쟁의 조정]

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

제 37 조 [관할법원]

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

제 38 조 [소멸시효]

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 2년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 39 조 [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.

제 40 조 [회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력]

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

제 41 조 [회사의 손해배상책임]

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

제 42 조 [개인정보보호]

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

제 43 조 [준거법]

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

제 44 조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

부록의 [붙임] 참조

〈별표 3〉 라이프케어 질병 및 수술의 정의

부록의 [표 4] 참조

〈별표 4〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 9조 제 2항 및 제 33조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
사망보험금 (제 4조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 33조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제38조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
 - 제2조의 2 “여성생식기암”의 정의 및 진단확정
 - 제2조의 3 “유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방 절제수술”의 정의 및 진단확정
 - 제2조의 4 수술의 정의와 장소
 - 제2조의 5 “부인과질환”의 정의 및 진단확정
 - 제2조의 6 입원의 정의와 장소

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약전 알릴의무 등

- 제 8조 계약전 알릴의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 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. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

제 2 조의 2 [“여성생식기암”의 정의 및 진단확정]

(1) 이 특약에 있어서 “여성생식기암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 여성생식기의 악성신생물로 분류되는 질병(<별표3> “여성생식기의 악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

(2) “여성생식기암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 여성생식기암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 3 [“유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술”의 정의 및 진단확정]

(1) 이 특약에 있어서 “유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술”이라 함은 유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술로서 건강보험심사평가원 국제의료행위 분류표(ICD. 9) 상 <별표 4> “유방암 및 유방의

제자리암으로 인한 유방절제수술 분류표”에 해당하는 수술을 말합니다.

- (2) “유방암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, “유방의 제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.
- (3) “유방암” 및 “유방의 제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유방암” 및 “유방의 제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 4 [수술의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사(치과의사, 한의사 제외)의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자의 “유방암 및 유방의 제자리암”의 치료(검사나 진단은 치료에 해당하지 않음)를 직접목적으로 하는 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술 분류표”(〈별표4〉 참조)에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 적제(摘除, 완전히(통째로) 잘라서 들어내는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)]을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들어가는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑, 일부분(불필요한 부분만) 적절하게 끊는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외를 하는 것을 말합니다.

제 2 조의 5 [“부인과질환”의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “부인과질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 〈별표5〉 “부인과질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.
- (2) 부인과질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

제 2 조의 6 [입원의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “부인과질환 분류표”(〈별표5〉 참조)에서 정하는 부인과질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

구분		지급사유	지급금액
진단 급여금	여성생식기암 진단급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성특정암에 대한 보장개시일 이후에 여성생식기암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 피보험자 1인당 최초 1회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액의 100%
수술 급여금	유방절제수술 급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 유방의 제자리암으로 진단확정되거나 여성특정암 보장개시일 이후에 유방암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 유방절제수술을 받았을 때 (다만, 피보험자 1인당 유방암 및 유방의 제자리암 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액의 50%
입원 급여금	부인과질환 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 80세 계약해당일 전일까지 부인과질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일 초과 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%

단, 이 특약의 계약 체결 후 1년 이내에 보험금 지급사유가 발생한 경우 상기금액의 50%를 지급합니다.

- (2) 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “장해분류표”(〈별표 2〉 참조) 중 동일한 재해(〈별표 1〉 “재해분류표” 참조) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 피보험자가 보험기간중 여성특정암에 대한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 여성생식기암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단일로 보고 제3조 [보험금의 지급사유]의 진단급여금을 지급합니다. 다만, 여성특정암에 대한 보장개시일 이전에 여성생식기암으로 진단이 확정되는 경우에는 제외합니다.
 - (2) 제 3 조 [보험금의 지급사유] 중 유방절제수술 급여금의 경우 피보험자가 오른쪽 또는 왼쪽의 유방 중 한쪽의 유방에서 유방암과 유방의 제자리암으로 함께 진단 확정되어 한번의 유방절제수술을 받은 경우에는 중복하여 지급하지 않으며, 1 회의 유방절제수술급여금만 지급합니다. 다만, 상기의 경우에서 유방암으로 인한 유방절제수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방절제수술을 받은 경우 유방절제수술급여금을 지급하며, 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방절제수술을 받은 경우 유방절제수술급여금을 지급합니다.
 - (3) 제3조 [보험금의 지급사유] 중 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
 - (4) 제3항의 경우 피보험자가 동일 질병을 직접적인 원인으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하고 제1항을 적용합니다. 그러나 동일 질병에 의한 입원이라도 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
 1. 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원
 2. 입원급여금이 제 1항에서 정하는 최고한도로 지급된 최종입원일부터 180일이 지난 이후의 입원
 - (5) 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
 - (6) 제3조 [보험금의 지급사유] 중 입원급여금의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제3항을 준용하여 계속 입원급여금을 지급합니다.
- ▶ 아래 제7항부터 제 15항까지는 보험료 납입면제와 관련된 내용입니다.
- (7) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확

정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표 2〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- (8) 제 7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (9) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (10) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (11) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (12) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (13) 제 12항에도 불구하고 〈별표2〉의 장해분류표에서 정한 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (14) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (15) 보험수익자와 회사가 제 3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조[의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

▶ 아래 제16항부터 제 19항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.

- (16) 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- (17) 제1항 내지 제16항에 불구하고 특약 청약일 이전에 진단확정된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (18) 제17항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (19) 이 약관 제14조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제17항의 특약 청약일로 하여 16항 내지 제18항을 적용합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(여성생식기암 진단서, 암 진단서, 진단서(병명 및 질병분류번호 기입), 조직검사결과지, 수술확인서, 입퇴원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표8〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 지급합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약전 알릴의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약전 알릴의무 및 계약전 알릴의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 의하여 특약을 해지하였을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 (보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 4. 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

- (1) 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 제2조의 2 [“여성생식기암”의 정의 및 진단확정]에서 정한 “여성생식기암” 및 제2조의 3 [“유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술”의 정의 및 진단확정]에서 정한 “유방암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “여성특정암 보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출

등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.

- (2) 이 특약의 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다).
- (3) 제1항 내지 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조[해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]의 보장개시일로 하여 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 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”(〈별표8〉참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
 (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 여성생식기의 악성신생물 분류표

부록의 [표 15] 참조

〈별표 4〉 유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술 분류표

부록의 [표 16] 참조

〈별표 5〉 부인과질환 분류표

부록의 [표 17] 참조

〈별표 6〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제7조 제2항 및 제16조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
진단급여금 수술급여금 입원급여금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
 - 제2조의 2 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정
 - 제2조의 3 제자리암의 정의 및 진단확정
 - 제2조의 4 경계성종양의 정의 및 진단확정
 - 제2조의 5 양성뇌종양의 정의 및 진단확정
 - 제2조의 6 조혈모세포이식수술의 정의
 - 제2조의 7 관상동맥성형술(PTCA)의 정의

제 7관 기타사항 등

- 제 17조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금의 청구
- 제 6조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약전 알릴의무 등

- 제 7조 계약전 알릴의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 8조 특약의 체결 및 효력
- 제 9조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 10조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 11조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 12조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 13조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 14조 계약자의 임의해지
- 제 15조 해지환급금
- 제 16조 배당금의 지급

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

- ① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

- 다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 조의 2 [기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제 6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44 (기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- (2) 이 특약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제 6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73 (갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- (3) 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration) 검사 또는 혈액(Hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자

가 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 3 [제자리암의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(<별표3> “제자리의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- (2) 제자리암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration) 검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 4 [경계성종양의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물(Neoplasms of uncertain or unknown behaviour)로 분류되는 질병(<별표4> “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- (2) 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인(Fine needle aspiration) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 5 [양성뇌종양의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 양성뇌종양분류표(<별표5> “양성뇌종양 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.
- (2) 양성뇌종양의 진단확정은 신경과, 신경외과 또는 해부병리 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직(Fixed tissue)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 양성뇌종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 6 [조혈모세포이식수술의 정의]

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술(hematopoietic stem cell transplantation)”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초) 조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수 내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액 내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수 내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액 내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전 상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈 내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 2 조의 7 [관상동맥성형술(PTCA)의 정의]

이 특약에 있어서 “관상동맥성형술(PTCA)”이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 관상동

맥우회술(CABG)대신 혈관카테터를 이용한 관상동맥확장술을 말합니다.

[예] 경피적 관동맥 풍선확장술(Percutaneous transluminal balloon angioplasty), 스텐트삽입술(Coronary stent), 회전축상반절제술(rotational atherectomy) 등]

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 제10조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시일]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
진단급여금	피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 또는 “양성뇌종양”으로 진단이 확정되었을 때 (단 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “양성뇌종양” 각각회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액대비 20%
수술급여금	피보험자가 보장개시일 이후에 “조혈모세포이식수술”을 받거나 “관상동맥성형술(PTCA)”을 받았을 때 (단, “조혈모세포이식수술”, “관상동맥성형술(PTCA)” 각각회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액대비 조혈모세포이식수술 : 100% 관상동맥성형술(PTCA) : 10%

- (2) 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

1. 이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때
2. 피보험자가 “장해분류표”(〈별표2〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제3조 [보험금의 지급사유]의 진단급여금을 지급합니다.
- (2) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제2호의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표2〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (3) 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (4) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제2호 에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (5) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제2호 의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (6) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제2호 의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의

20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

- (7) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제2호 의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (8) 제 7항에도 불구하고 <별표2>의 장해분류표에서 정한 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (9) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (10) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조[의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- (11) 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- (12) 제1항 내지 제11항에도 불구하고 특약 청약일 이전에 진단확정 된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (13) 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제12조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (14) 이 약관 제13조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제12항의 특약 청약일로 하여 제11항 내지 제13항을 적용합니다.

제 5 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명기입), 조직검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제5조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표6〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급할 수 있습니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제7조 [계약전 알릴의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 7 조 [계약전 알릴의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약전 알릴의무 및 계약전 알릴의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 의하여 특약을 해지하였을 때에는 제15조 [해지환급금] 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 8 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 (보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제 9 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제15조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 10 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제 8조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장

을 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.

제 11 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 12 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 13 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제12조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 14 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제15조 [해지환급금] 제

1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

(2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 15 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 약관에 따른 특약이 해지된 경우에 지급하는 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”(〈별표6〉참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 16 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 17 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 제자리의 신생물 분류표

부록의 [표 9] 참조

〈별표 4〉 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

부록의 [표 10] 참조

〈별표 5〉 양성뇌종양 분류표

부록의 [표 7] 참조

〈별표 6〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 6조 제 2항 및 제 15조 2항 관련)

구분	기간	지급이자
진단급여금 수술급여금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 15조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
- 제 3조 ‘두 번째 라이프케어 질병’의 정의 및 진단
확정, ‘두 번째 라이프케어 수술’의 정의
- 제 4조 ‘두 번째 암’의 정의 및 진단확정

제 2관 보험금의 지급

- 제 5조 보험금의 지급사유
- 제 6조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 7조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 8조 보험금의 청구
- 제 9조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 10조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 11조 특약의 체결 및 효력
- 제 12조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 13조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 14조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및
보험료의 납입
- 제 15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고
(독촉)와 특약의 해지
- 제 16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부
활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 17조 계약자의 임의해지
- 제 18조 해지환급금
- 제 19조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 20조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.

② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- 라. 첫 번째 라이프케어 질병 및 수술: 주계약에서 정한 라이프케어 보험금의 지급사유 중 '마'항의 '두 번째 라이프케어 질병 및 수술'에 해당하는 질병 또는 수술로서, 특약의 보험기간 중 처음으로 진단확정 된 질병 또는 시행한 수술을 말합니다.
- 마. 두 번째 라이프케어 질병 및 수술: 제3조 ['두 번째 라이프케어 질병'의 정의 및 진단확정, '두 번째 라이프케어 수술'의 정의]에서 정한 질병 및 수술을 말합니다.
- 바. 두 번째 암: 제4조 ['두 번째 암'의 정의 및 진단확정]에서 정한 질병을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 3 조 ['두 번째 라이프케어 질병'의 정의 및 진단확정, '두 번째 라이프케어 수술'의 정의]

(1) '두 번째 라이프케어 질병'이란 <별표3> "두 번째 라이프케어 질병 및 수술의 정의"에서 정한 "암", "뇌출혈", "급

성심근경색증”, “말기신부전”, “말기간질환”, “말기폐질환”, “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)” 중 ‘첫 번째 라이프케어 질병 및 수술’과 다른 그룹에 속한 질병을 말하며, ‘두 번째 라이프케어 수술’이란 <별표3> “두 번째 라이프케어 질병 및 수술의 정의”에서 정한 “관상동맥우회술”, “5대장기(간장, 콩팥(신장), 심장, 췌장, 폐장)이식수술”, “대동맥류인조혈관치환수술”, “심장판막수술” 중 ‘첫 번째 라이프케어 질병 및 수술’과 다른 그룹에 속한 수술을 말합니다. (이하 ‘두 번째 라이프케어 질병’과 ‘두 번째 라이프케어 수술’을 더하여 “두 번째 라이프케어 질병 및 수술”이라 합니다.)

(2) 이 특약에 있어서 ‘두 번째 라이프케어 질병 및 수술’은 다음과 같이 분류합니다.

구분	보장대상
제 1그룹	암
제 2그룹	뇌출혈, 급성심근경색증, 관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 말기신부전, 콩팥(신장)이식수술, 심장이식수술
제 3그룹	심장판막수술
제 4그룹	말기폐질환, 폐장이식수술
제 5그룹	말기간질환, 간장이식수술
제 6그룹	췌장이식수술
제 7그룹	중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)

- (3) ‘두 번째 라이프케어 질병’ 중 “암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- (4) ‘두 번째 라이프케어 질병’ 중 “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- (5) ‘두 번째 라이프케어 질병’ 중 “급성심근경색증”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- (6) ‘두 번째 라이프케어 질병’ 중 “말기신부전”의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의하며, 혈액투석, 복막투석 및 장기이식은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 병원 또는 의원에서 행해져야 합니다. 이 진단확정은 병력과 함께 콩팥(신장)기능검사를 포함한 혈액검사, 소변검사, 초음파검사, 조직검사를 기초로 하여야 합니다.
- (7) ‘두 번째 라이프케어 질병’ 중 “말기간질환”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정기적인 이학적 검사, 혈액검사, 영상검사(초음파 등) 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.
- (8) ‘두 번째 라이프케어 질병’ 중 “말기폐질환”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.
- (9) ‘두 번째 라이프케어 질병’ 중 “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 4 조 [‘두 번째 암’의 정의 및 진단확정]

- (1) ‘두 번째 암’이란 <별표4> “두 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 정의”에서 정한 암을 말합니다.
- (2) ‘두 번째 암’의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 5 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 제13조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
두 번째 라이프케어 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘첫 번째 라이프케어 질병 및 수술’로 진단확정 되거나 수술을 받은 후 ‘두 번째 라이프케어 질병 및 수술’(‘첫 번째 라이프케어 질병 및 수술’과 다른 그룹)로 진단확정 되거나 수술을 받은 경우	특약보험가입금액의 100%
두 번째 암 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘첫 번째 라이프케어 질병 및 수술’의 암으로 진단확정 된 후 제13조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제2항에서 정한 ‘두 번째 암 보장개시일’ 이후에 ‘두 번째 암’으로 진단확정 된 경우	특약보험가입금액의 100%

- 단, 두 번째 라이프케어보험금 또는 두 번째 암 보험금 지급사유 중 하나가 발생한 경우 이 특약은 소멸됩니다.
- (2) 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
 - 1. 이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때
 - 2. 피보험자가 “첫 번째 라이프케어 질병 및 수술”로 진단확정 되거나 수술을 받았을 때
 - 3. 피보험자가 “장해분류표”(〈별표2〉 “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때

제 6 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 계약자는 피보험자가 “첫 번째 암”으로 진단확정 된 이후 “두 번째 암 보장개시일” 전에 “두 번째 암”으로 진단확정 되었을 경우에는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에 따라 계산한 “첫 번째 암” 진단확정시점의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려 드리지 않습니다.
- (2) “첫 번째 암”으로 진단확정 된 이후 제13조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제2항에서 정한 “두 번째 암 보장개시일” 전에 암으로 진단확정 되었으나 제2항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 아니한 때에는, 그 암이 제13조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제2항에서 정한 “두 번째 암 보장개시일” 전에 동일한 기관에 재발 또는 전이되어 제5조 [보험금의 지급사유] 제 1 항의 두 번째 암 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ▶ 아래 제3항부터 제 11항까지는 보험료 납입면제와 관련된 내용입니다.
- (3) 제5조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제3호의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표2〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- (4) 제 3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (5) 제5조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제3호에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (6) 제5조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제3호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (7) 제5조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제3호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (8) 제5조 [보험금의 지급사유] 제 2항 제3호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 단, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (9) 제 8항에도 불구하고 <별표2>의 장해분류표에서 정한 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (10) 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (11) 보험수익자와 회사가 제5조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ▶ 아래 제12항부터 제 14항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.
- (12) 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- (13) 제12항에 불구하고 특약 청약일 이전에 진단확정된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년 (갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (14) 제13항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제15조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (15) 이 약관 제16조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 특약 청약일로 하여 제12항 내지 제14항을 적용합니다.

제 7 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외 한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명기입), 조직검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관] 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제8조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표5〉 참조) 과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제6조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제 3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 10 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지되었을 때에는 제18조 [해지환급금]에 제 1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우.
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. “제5조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 두 번째 라이프케어보험금 또는 두 번째 암 보험금 지급사유가 발생하였을 경우” 또는 “이 특약의 피보험자가 사망한 경우”
- (4) 피보험자가 제2조 [용어의 정의] 제2호에서 정한 ‘첫 번째 라이프케어 질병 및 수술’이 발생한 후 제5조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 두 번째 라이프케어보험금 또는 두 번째 암 보험금 지급사유가 발생하지 않고 사망하였을 경우에는 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 산출방법서라 합니다)에서 정한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제 12 조 [특약내용의 변경 등]

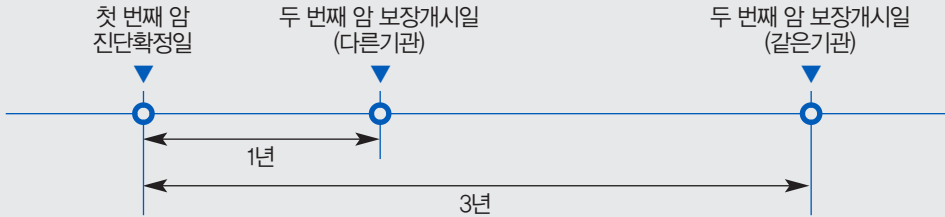
- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 13 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

- (1) 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제11조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때 부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때 부터 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) 제1항에도 불구하고 제5조 [보험금의 지급사유] 제1항의 “두 번째 암”의 보장개시일은 다음 제1호 및 제2호로 정하며(이하 “두 번째 암 보장개시일”이라 합니다), 해당월의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 진단확정일로 합니다.
 1. 첫 번째 암이 진단확정 된 기관과 다른 기관 : 첫 번째 암 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 만 1년(12개월) 이 지난 날의 다음날
 2. 첫 번째 암이 진단확정 된 기관과 같은 기관 : 첫 번째 암 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 만 3년(36개월) 이 지난 날의 다음날

[두 번째 암 보장개시일(예시)]



제 14 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 가입시 선택하신 이 특약의 보험기간 중 ‘첫 번째 라이프케어 질병 및 수술’로 진단확정되거나 수술을 받은 경우, 이 특약의 보험기간은 종신으로 변경됩니다.
- (3) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 15 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- (2) 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약의 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 16 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 제13조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제1항의 보장개시일로 하여 제13조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 18 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 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”(별표5)참조)에 따릅니다..

(3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 19 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 20 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

(1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

(2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 두 번째 라이프케어 질병 및 수술의 정의

부록의 [표 5] 참조

〈별표 4〉 두 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 정의

부록의 [표 6] 참조

〈별표 5〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 9조 제 2항 및 제 18조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 5조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 18조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.
- 주 2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
- 제 3조 ‘라이프케어 질병’의 정의 및 진단확정, ‘라이프케어 수술’의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 4조 보험금의 지급사유
- 제 5조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 6조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 7조 보험금의 청구
- 제 8조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 9조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 10조 특약의 체결 및 효력
- 제 11조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 12조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 13조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 14조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 15조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 16조 계약자의 임의해지
- 제 17조 해지환급금
- 제 18조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 19조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

- ① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 3 조 [‘라이프케어 질병’의 정의 및 진단확정, ‘라이프케어 수술’의 정의]

- (1) ‘라이프케어 질병’이란 <별표3> “라이프케어 질병 및 수술의 정의”에서 정한 “암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전”, “말기간질환”, “말기폐질환”, “중대한 화상 및 부식”을 말하며, ‘라이프케어 수술’이란 <별표3> “라이프케어 질병 및 수술의 정의”에서 정한 “관상동맥우회술”, “5대장기(간장, 췌장, 신장, 심장, 췌장, 폐장)이식 수술”, “대동맥루인조혈관치환수술”, “심장판막수술”을 말합니다. (이하 ‘라이프케어 질병’과 ‘라이프케어 수술’을 더하여 “라이프케어 질병 및 수술”이라 합니다.)
- (2) ‘라이프케어 질병’ 중 “암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic sys-

tem)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- (3) ‘라이프케어 질병’ 중 “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- (4) ‘라이프케어 질병’ 중 “급성심근경색증”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- (5) ‘라이프케어 질병’ 중 “말기신부전”의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의하며, 혈액투석, 복막투석 및 장기가식은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 병원 또는 의원에서 행해져야 합니다. 이 진단확정은 병력과 함께 콩팥(신장)기능검사를 포함한 혈액검사, 소변검사, 초음파검사, 조직검사를 기초로 하여야 합니다.
- (6) ‘라이프케어 질병’ 중 “말기간질환”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정기적인 이학적 검사, 혈액검사, 영상검사(초음파 등) 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.
- (7) ‘라이프케어 질병’ 중 “말기폐질환”의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 검사결과, 소견서, 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다.
- (8) ‘라이프케어 질병’ 중 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 4 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 제12조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
사망보험금	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우	특약보험가입금액의 100%
라이프케어 보험금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 (다만, ‘라이프케어 질병’ 중 암의 경우 암보장개시일) 이후 ‘라이프케어 질병 및 수술’로 진단확정 되거나 수술을 받았을 경우(다만 ‘라이프케어 질병 및 수술’ 중 최초 1회에 한하여 지급)	특약보험가입금액의 100% (단, 중대한 화상 및 부식을 제외한 기타사유로 보험계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시에는 보험 가입금액의 50%를 지급함)

단, 사망보험금 또는 라이프케어보험금 지급사유 중 하나가 발생한 경우 이 특약은 소멸됩니다.

- (2) 보험료 납입기간 중 피보험자가 “장해분류표”(〈별표1〉 “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 5 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된

사망연월일을 기준으로 합니다.

- (2) 계약자는 피보험자가 보험계약일로부터 암보장개시일 전에 암으로 진단확정 되었을 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약의 취소를 선택할 수 있으며 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- (3) 보험계약일로부터 암보장개시일 전에 암이 발생하였으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일로부터 암보장개시일 전에 진단된 암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 암으로 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항의 라이프케어보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.
- (4) 제3항에도 불구하고 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전에 암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제4조 [보험금의 지급사유]에 따라 보장하여 드립니다.

▶ 아래 제5항부터 제 13항까지는 보험료 납입면제와 관련된 내용입니다.

- (5) 제4조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표2〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (6) 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (7) 제4조 [보험금의 지급사유] 제 2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (8) 제4조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (9) 제4조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (10) 제4조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (11) 제 10항에도 불구하고 〈별표2〉의 장해분류표에서 정한 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (12) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (13) 보험수익자와 회사가 제4조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

▶ 아래 제14항부터 제 17항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.

- (14) 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- (15) 제14항에 불구하고 특약 청약일 이전에 진단확정 된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (16) 제15항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제14조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- (17) 이 약관 제15조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 특약 청약일로 하여 제14항 내지 제16항을 적용합니다.

제 6 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
 나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외 한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명기입), 조직검사결과지, 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관] 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제7조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표4〉 참조) 과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제17항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초

과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제 3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 9 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지되었을 때에는 제17조 [해지환급금]에 제 1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회 된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우.
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 피보험자에게 보험기간 중 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 사망보험금 또는 라이프케어보험금 지급사유 중 하나가 발생한 경우

제 11 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제17조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 12 조 [제회 보험료 및 회사의 보장개시]

- (1) 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제10조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때 부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때

부터 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) 제1항에도 불구하고 제4조 [보험금의 지급사유] 제1항의 라이프케어보험금의 보장개시일은 다음과 같습니다.
1. 제3조 [라이프케어 질병]의 정의 및 진단확정, '라이프케어 수술'의 정의]에서 정한 라이프케어 질병 및 수술 중 암의 보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 합니다.
 2. 암을 제외한 라이프케어 질병 및 수술로 인한 라이프케어보험금의 보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)로 합니다

제 13 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 14 조 [보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 15 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제14조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 제12조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제1항의 보장개시일로 하여 제12조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 16 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 17 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 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”(〈별표4〉참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 18 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 19 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 라이프케어 질병 및 수술의 정의

부록의 [표 4] 참조

〈별표 4〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 8조 제 2항 및 제 17조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 4조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 17조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

- ① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명 이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 "장해분류표"(<별표2>참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 된 경우 최초 1회에 한하여 특약 보험가입금액 전액을 고도장해보험금으로 지급합니다.
- (2) '이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때' 또는 '보험료

납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (2) 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

[예시]

2014. 4. 1 무배당 재해사망특약 가입금액 1억, 무배당 재해상해특약, 무배당 고도장해보장특약 각각 가입금액 5천만원 가입된 계약

- ① 2018. 1. 1에 피보험자가 교통사고로 70%장해로 진단확정된 경우, 재해상해특약의 장해급여금 3천5백만원 지급.
2018. 7. 1에 장해상태가 악화되어 90%로 진단확정된 경우 고도장해보장특약의 고도장해보험금 5천만원과 재해상해특약의 장해급여금 1천만원 추가 지급.
- ② 2018. 1. 1에 피보험자가 교통사고로 90%장해로 진단확정된 경우, 고도장해보장특약의 고도장해보험금 5천만원과 재해상해특약의 장해급여금 4천5백만원 지급.
2018. 7. 1에 장해상태가 악화되어 사망한 경우 장해의 최종상태를 재해로 인한 사망으로 보고, 재해사망특약의 재해사망보험금 1억원에서 이미 지급한 고도장해보험금과 장해급여금 9천5백만원을 차감하여 5백만원 지급

- (3) 제3조 [보험금의 지급사유]에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (4) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (5) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (6) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (7) 제 6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (8) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (9) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 드리거나 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표3〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송 제기
 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 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따라 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 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.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등**제 15 조 [계약자의 임의해지]**

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 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”(<별표3> 참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대해 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
 (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장해분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
고도장해보험금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명 이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.

② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “재해분류표”(〈별표1〉참조)에서 정하는 재해로 인하여 피보험자가 사망하였을 때에는 특약 보험가입금액 전액을 재해사망보험금으로 지급합니다
- (2) ‘이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때’ 또는 ‘보험료 납입기간 중 피보험자가 “장해분류표”(〈별표2〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신

체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때'에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항 및 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제 3항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- (2) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (3) 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

[예시]

2014. 4. 1 무배당 재해사망특약 가입금액 1억, 무배당 재해상해특약, 무배당 고도장해보장특약 각각 가입금액 5천만원 가입된 계약

- ① 2018. 1. 1에 피보험자가 교통사고로 70%장해로 진단확정된 경우, 재해상해특약의 장해급여금 3천5백만원 지급.
2018. 7. 1에 장해상태가 악화되어 90%로 진단확정된 경우 고도장해보장특약의 고도장해보험금 5천만원과 재해상해특약의 장해급여금 1천만원 추가 지급.
- ② 2018. 1. 1에 피보험자가 교통사고로 90%장해로 진단확정된 경우, 고도장해보장특약의 고도장해보험금 5천만원과 재해상해특약의 장해급여금 4천5백만원 지급.
2018. 7. 1에 장해상태가 악화되어 사망한 경우 장해의 최종상태를 재해로 인한 사망으로 보고, 재해사망특약의 재해사망보험금 1억원에서 이미 지급한 고도장해보험금과 장해급여금 9천5백만원을 차감하여 5백만원 지급

- (4) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (5) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (6) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (7) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (8) 제 7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (9) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (10) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에

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

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외 한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산”(〈별표3〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송 제기
 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 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의

하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따라 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 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.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료

를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 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 “보험

금을 지급할 때의 적립이율 계산” (〈별표3〉 참조)에 따릅니다.
(3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대해 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표
부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표
부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
재해사망보험금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.
주 2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

- ① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명 이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “재해분류표”(〈별표1〉 참조)에서 정하는 재해로 “장해분류표”(〈별표 2〉 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상이며 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 다음의 금액을 재해장해보험금(이하 “장해보험금”이라 합니다)으로 지급합니다.

특약 보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

- (2) ‘이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때’ 또는 ‘보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때’에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (2) 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

[예시]

2014. 4. 1 무배당 재해사망특약 가입금액 1억, 무배당 재해상해특약, 무배당 고도장해보장특약 각각 가입금액 5천만원 가입된 계약

① 2018. 1. 1에 피보험자가 교통사고로 70%장해로 진단확정된 경우, 재해상해특약의 장해급여금 3천5백만원 지급.

2018. 7. 1에 장해상태가 악화되어 90%로 진단확정된 경우 고도장해보장특약의 고도장해보험금 5천만원과 재해상해특약의 장해급여금 1천만원 추가 지급.

② 2018. 1. 1에 피보험자가 교통사고로 90%장해로 진단확정된 경우, 고도장해보장특약의 고도장해보험금 5천만원과 재해상해특약의 장해급여금 4천5백만원 지급.

2018. 7. 1에 장해상태가 악화되어 사망한 경우 장해의 최종상태를 재해로 인한 사망으로 보고, 재해사망특약의 재해사망보험금 1억원에서 이미 지급한 고도장해보험금과 장해급여금 9천5백만원을 차감하여 5백만원 지급

- (3) 제3조 [보험금의 지급사유]에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (4) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (5) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (6) 제3조 [보험금의 지급사유]의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (7) 제 6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (8) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (9) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- (10) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 1항에서 다른 재해로 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해보험금에서 이미 지급받은 장해보험금을 뺀 금액을 지급합니다. 단, 장해분류표

의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- (11) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 1항에서 그 재해 전에 이미 이 특약에서 장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해를 포함합니다), 장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 장해에 대한 장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장해 상태에 해당되는 장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- (12) 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 드리거나 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인인 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표3〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송 제기
 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 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따라 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우.
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 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 보

험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 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” (〈별표3〉 참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대해 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장해분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
장해보험금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.
- 주 2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 월급여금의 지급
- 제 6조 월급여금 수익자의 변경 또는 사망
- 제 7조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 8조 보험금의 청구
- 제 9조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 10조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 11조 특약의 체결 및 효력
- 제 12조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 13조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 14조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 15조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 16조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 17조 계약자의 임의해지
- 제 18조 해지환급금
- 제 19조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 20조 종신보험으로의 전환
- 제 21조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.
 - ① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명 이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.
 - ② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- 바. 월급여금 수익자: 월급여금을 받는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 1% 해당액을 매월 월급여금으로 지급합니다.
- (2) '이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때' 또는 '보험료

납입기간 중 피보험자가 장애분류표(〈별표2〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항 및 제11조 [특약의 체결 및 효력] 제 3항 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- (2) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (3) 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- (4) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (5) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- (6) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- (7) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (8) 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (9) 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- (10) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유] 에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 [월급여금의 지급]

- (1) 월급여금은 제3조 [보험금의 지급사유]의 사망일을 최초의 지급일(이하 “급여금 지급개시일”이라고 합니다)로 하고 이후 급여금 지급개시일의 매월 해당일에 드립니다. 다만, 해당월에 월급여금 지급해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 월급여금 지급해당일로 봅니다.
- (2) 월급여금의 지급기간은 급여금 지급개시일부터 보험기간 만료일까지로 합니다.
- (3) 이 보험의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 월급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 제2항에도 불구하고 급여금 지급개시일부터 그 날을 포함하여 5년간을 월급여금의 지급기간으로 합니다.
- (4) 월급여금 수익자는 급여금 지급개시일 이후 언제든지 장래에 지급될 월급여금 대신에 표준이율로 할인하여 계산한 장래 월급여금의 현가를 일시에 청구할 수 있습니다.

제 6 조 [월급여금 수익자의 변경 또는 사망]

- (1) 급여금 지급개시일 이후에는 월급여금 수익자를 변경할 수 없습니다.
- (2) 급여금 지급개시일 이후 월급여금 지급기간 중에 월급여금 수익자가 사망한 경우에는 장래에 지급될 월급여금을 표준이율로 할인하여 계산한 현가를 일시에 그 상속인에게 지급합니다. 그러나 계약자 또는 월급여금 수익자의 회사 소정 문서에 의한 지정이 있으면 그 지정된 자에게 지급합니다.

제 7 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제8조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표3〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송 제기
 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 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 10 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제18조 [해지환급금] 제1항에 따라 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우에는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우.

제 12 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조 [해지환급금] 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 13 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제11조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 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.

제 14 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 15 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 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(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조 [해지환급금] 제1항에 따라 해지환급금을 지급합니다.

제 16 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제15조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 18 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 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” (〈별표3〉 참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 19 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 20 조 [종신보험으로의 전환]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간이 만료되기 전 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 이 특약을 종신보험으로 변경(이하 “전환”이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 전환 후 계약의 보험가입금액은 전환 전 특약의 전환 당시 사망하였을 때 지급될 장래 월급여금 총액을 제5조 [월급여금의 지급] 제4항에 의해 계산한 일시금의 80%를 한도로 합니다.
- (2) 제1항에도 불구하고, 피보험자의 나이가 전환일 현재 전환 후 계약의 가입나이 구간을 초과하는 경우에는 이 특약을 전환할 수 없습니다.
- (3) 보험계약일로부터 2년 이내 또는 10년, 15년, 20년만기 및 55세, 60세, 65세, 70세만기 특약의 경우, 특약의 보험기간 만료 전 2년 이내에 전환하고자 할 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약을 전환할 수 없습니다.
- (4) 피보험자가 장애분류표(〈별표 2〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었거나 이로 인하여 보험료 납입이 면제된 후 이 특약을 전환할 경우 경우나 전환 이전에 발생한 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인해 전환 이후에 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우에는 회사는 전환 후 계약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- (5) 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.
- (6) 전환 후 계약은 전환 후 계약의 약관 및 보험료율이 적용됩니다.

제 21 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대해 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장해분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제 9조 제 2항 및 제 18조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
월급여금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 18조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 종신보험으로의 전환
- 제 19조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명 이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.

② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때에는 보험수익자에게 보험가입금액 전액을 지급합니다.
- (2) '이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때' 또는 '보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표2> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신

체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때'에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항 및 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제 3항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- (2) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (3) 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (4) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (5) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (6) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (7) 제3조 [보험금의 지급사유] 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (8) 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (9) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (10) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유] 에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

 - 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
 - 나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외

한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표3〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송 제기
 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 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따라 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우에는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우.

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 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.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.

- (2) 이 특약의 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(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 특약의 해지] 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 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”(<별표3> 참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [종신보험으로의 전환]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간이 만료되기 전 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 이 특약을 종신보험

으로 변경(이하 “전환”이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 전환 후 계약의 보험가입금액은 전환 전 특약의 보험가입금액을 한도로 합니다.

- (2) 제1항에도 불구하고, 피보험자의 나이가 전환일 현재 전환 후 계약의 가입나이 구간을 초과하는 경우에는 이 특약을 전환할 수 없습니다.
- (3) 보험계약일로부터 2년 이내 또는 10년, 15년, 20년만기 및 55세, 60세, 65세, 70세만기 특약의 경우, 특약의 보험기간 만료 전 2년 이내에 전환하고자 할 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약을 전환할 수 없습니다.
- (4) 이 특약의 보험료 납입이 면제된 후 이 특약을 전환할 경우나 전환 이전에 발생한 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인해 전환 이후에 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우에는 회사는 전환 후 계약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- (5) 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.
- (6) 전환 후 계약은 전환 후 계약의 약관 및 보험료율이 적용됩니다.

제 19 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대해 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장해분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
사망보험금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
- 제2조의 2 입원의 정의와 장소

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

- ① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 2> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 3> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제2조의2 [입원의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “질병 및 재해분류표”(〈별표1〉 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 피보험자가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해가 직접적인 원인이 되어 그 치료를 직접 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였다면 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때에는 보험수익자에게 다음과 같이 약정한 입원급여금을 지급합니다.

지급조건	지급액
3일을 초과하는 입원일수 1일당	특약보험가입금액의 1/1,000 해당액

- (2) ‘이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때’ 또는 ‘보험료 납입기간 중 피보험자가 “장애분류표” (〈별표3〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우’ 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- (2) 제1항의 경우 피보험자가 동일 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하고 제1항을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
1. 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원
 2. 입원급여금이 제 1항에서 정하는 최고한도로 지급된 최종입원일부터 180일이 지난 이후의 입원
- (3) 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- (4) 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제1항을 준용하여 계속 입원급여금을 지급합니다.
- (5) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(〈별표3〉 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (6) 제 5항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- (7) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (8) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- (9) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- (10) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (11) 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 단, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (12) 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 3조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 질병과 관련

한 보험금을 지급하지 않습니다.

- (13) 제12항에도 불구하고 특약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (14) 제13항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (15) 이 약관 제14조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제13항의 특약 청약일로 하여 제12항 내지 제14항을 적용합니다.
- (16) 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- (17) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금의 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

(1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 병원 또는 의원의 입원증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 입원증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
 - (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표4〉 참조)과 같이 계산합니다.
 - (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기

2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제17항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과] 및 제1항 및 제3항의 의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지되었을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때 부터 이 특약의 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.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- (3) 제1항 내지 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활일을 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제1항

의 보장개시일로 하여 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제 1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 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”(〈별표4〉참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 질병 및 재해분류표

부록의 [표 3] 참조

〈별표 2〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 3〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 4〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
입원급여금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
- 제2조의 2 수술의 정의와 장소

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.

② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 2> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 3> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 조의 2 [수술의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인하여 치료(검사나 진단은 치료에 해당하지 않음)를 직접목적으로 하는 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “1~5종 수술분류표”(〈별표9〉 참조)에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 적제(摘除, 완전히(통째로) 잘라서 들어내는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑, 일부분(불필요한 부분만) 적절하게 끊는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외)를 하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제2조의 2 [수술의 정의와 장소]에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 수술종류에 따라 다음과 같이 수술급여금을 지급합니다.

구 분	지 급 액
1종수술	특약 보험가입금액의 15%
2종수술	특약 보험가입금액의 3%
3종수술	특약 보험가입금액의 7%
4종수술	특약 보험가입금액의 15%
5종수술	특약 보험가입금액의 40%

- (2) ‘이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때’ 또는 ‘보험료 납입기간 중 피보험자가 “장해분류표” (〈별표3〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우’ 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
- (2) 제 1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 채간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

[예시]

동시에 위용중절제술, 대장용중절제술을 시행한 경우, 동일 신체부위(복부장기) 수술로 1회만 지급됩니다.

- (3) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 단 장해분류표(〈별표 3〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (4) 제 3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (5) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (6) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (7) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로

나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

- (8) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (9) 제 8항에도 불구하고 <별표3>의 장해분류표에서 정한 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (10) 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제 3조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- (11) 제10항에도 불구하고 특약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (12) 제11항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 이 약관 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (13) 이 약관 제14조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제11항의 특약 청약일로 하여 제10항 내지 제12항을 적용합니다.
- (14) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (15) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금의 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 수술급여금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

(1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 수술증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 수술증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면

제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.

- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표4〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급할 수 있습니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약전 알릴의무 위반의 효과] 및 제1항 및 제3항의 의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 8 조 [계약전 알릴의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약전 알릴의무 및 계약전 알릴의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지되었을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우.
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때 부터 이 특약의 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.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.
- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- (3) 제1항 내지 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

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

- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제1항의 보장개시일로 하여 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 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”(〈별표4〉참조)에 따릅니다.
- (3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- (1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- (2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 수술분류표

부록의 [표 11] 참조

〈별표 2〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 3〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 4〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
수술급여금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
 - 제2조의 2 수술의 정의와 장소
 - 제2조의 3 입원의 정의와 장소

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지
- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 배우자형에 따라 다음과 같이 정합니다.

① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.

② 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 조의 2 [수술의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인하여 치료(검사나 진단은 치료에 해당하지 않음)를 직접목적으로 하는 수술이 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조에 [의료기관]에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “1~5종 수술분류표”(〈별표3〉 참조)에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 적제(摘除, 완전히(통째로) 잘라서 들어내는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)]을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들어오는 것), 천자(穿刺, 바

늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑, 일부분(불필요한 부분만) 적절하게 끊는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외)를 하는 것을 말합니다.

제 2 조의 3 [입원의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의하여 “질병 및 재해분류표”(〈별표4〉 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

(1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
수술급여금	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 수술을 받았을 때	1종수술: 특약보험가입금액의 1% 2종수술: 특약보험가입금액의 3% 3종수술: 특약보험가입금액의 5% 4종수술: 특약보험가입금액의 10% 5종수술: 특약보험가입금액의 40%
입원급여금	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해의 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 때(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였다면 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 단, 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다)	3일초과 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%

(2) ‘이 특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 동일한 경우 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때’ 또는 ‘보험료 납입기간 중 피보험자가 〈별표2〉 “장해분류표” 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우’ 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

▶ 아래 제1항부터 제2항까지는 수술급여금과 관련된 내용입니다.

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유] 중 수술급여금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
- (2) 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

[예시]

동시에 위용종절제술, 대장용종절제술을 시행한 경우, 동일 신체부위(흉부장기·복부장기·비뇨생식기) 수술로 1회만 지급됩니다.

▶ 아래 제3항부터 제6항까지는 입원급여금과 관련된 내용입니다.

- (3) 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 이 경우 120일째 지급해당일을 보장한도일이라 합니다.

- (4) 피보험자가 입원급여금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.
- (5) 피보험자가 동일 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고, 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
 - 1. 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원
 - 2. 입원급여금이 제3항에서 정하는 최고한도로 지급된 최종입원일부터 180일이 지난 이후의 입원
- (6) 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

▶ 아래 제7항부터 제 13항까지는 보험료 납입면제와 관련된 내용입니다.

- (7) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, <별표2> “장해분류표”에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (8) 제 7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (9) 제 3조 [보험금의 지급사유] 제 2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (10) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (11) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (12) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 단, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (13) 제 16항에도 불구하고 동일한 신체부위에 <별표2>의 장해분류표에서 정한 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 단, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

▶ 아래 제14항부터 제 19항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.

- (14) 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조 [보험금의 지급사유]의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- (15) 제14항에도 불구하고 특약 청약일 이전에 진단확정 된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (16) 제15항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (17) 제14조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제15항의 특약 청약일로 하여 제14항 내지 제16항을 적용합니다.
- (18) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (19) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조[의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 수술증명서 또는 입원증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표5〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]와 제1항 및 제4항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- (4) 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제19항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (5) 제4항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을

먼저 가지드립니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.
- (3) 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지되었을 때에는 제16조 [해지환급금]에 제 1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회 된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우.
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제회 보험료 및 회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때 부터 이 특약의 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.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- (3) 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활일을 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]의 보장개시일로 하여 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 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 “보험

금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표5〉참조)에 따릅니다.

(3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 6 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

(1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

(2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 1~5종 수술분류표

부록의 [표 11] 참조

〈별표 4〉 질병 및 재해분류표

부록의 [표 3] 참조

〈별표 5〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
- 제2조의 2 뇌출혈의 정의 및 진단확정
- 제2조의 3 급성심근경색증의 정의 및 진단확정
- 제2조의 4 암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정
- 제2조의 5 제자리암의 정의 및 진단확정
- 제2조의 6 경계성종양의 정의 및 진단확정
- 제2조의 7 말기신부전의 정의 및 진단확정
- 제2조의 8 말기간질환의 정의 및 진단확정
- 제2조의 9 중대한 화상 및 부식의 정의 및 진단확정
- 제2조의 10 재해골절의 정의 및 진단확정
- 제2조의 11 입원의 정의와 장소
- 제2조의 12 수술의 정의와 장소

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 6조 보험금의 청구
- 제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

- 제 9조 특약의 체결 및 효력
- 제 10조 특약내용의 변경 등

제 5관 보험료의 납입

- 제 11조 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 제 12조 특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입
- 제 13조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

- 제 14조 보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 15조 계약자의 임의해지
- 제 16조 해지환급금
- 제 17조 배당금의 지급

제 7관 기타사항 등

- 제 18조 주계약 약관 및 단체취급특약규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 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 사람으로 본인형, 자녀형에 따라 다음과 같이 정합니다.

- ① 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약의 피보험자가 2명이상 일 때는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)를 말하며, 이하 동일합니다]로 합니다.
- ② 자녀형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 또는 기타 가족 관계를 확인할 수 있는 서류상의 직계비속으로 합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: <별표 11> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: <별표 1> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

제 2 조의 2 [뇌출혈의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병(<별표 3> “뇌출혈 분류표” 참조)을 말합니다.
- (2) 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관 의사(치과 의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증

거가 있어야 합니다.

제 2 조의 3 [급성심근경색증의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(〈별표4〉 “급성심근경색증 분류표” 참조)을 말합니다.
- (2) 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자의 사망으로 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 4 [암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(〈별표5〉 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 참조)을 말합니다. 단, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태)(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 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- (3) 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제 6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- (4) 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 5 [제자리암의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(〈별표6〉 “제자리의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- (2) 제자리암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 6 [경계성종양의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물(Neoplasms of uncertain or unknown behaviour)로 분류되는 질병(〈별표7〉 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- (2) 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인(Fine needle aspiration)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 2 조의 7 [말기신부전의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “말기신부전”이라 함은 말기신질환으로서 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이고 보전요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 또는 신장이식의 시술을 받아야 한다고 의사가 판단하여 그 말기신질환의 치료를 직접목적으로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 신장이식을 받은 경우를 말하며, 일시적으로 혈액투석이나 복막투석 치료를 필요로 하는 신부전은 보장하지 않습니다.
- (2) 말기신부전의 진단확정은 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의하며 혈액투석, 복막투석 및 장기이식은 상기의 병원 또는 의원에서 행해져야 합니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 말기신부전의 진단확정은 병력과 함께 신장기능검사를 포함한 혈액검사, 소변검사, 초음파검사, 조직검사를 기초로 하여야 합니다.

제 2 조의 8 [말기간질환의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는 간경화증을 말합니다.
- (2) 말기간질환의 진단확정은 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 2 조의 9 [중대한 화상 및 부식의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)’에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말하며, 단, ‘9의 법칙’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트’ 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- (2) “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 2 조의 10 [재해골절의 정의 및 진단확정]

- (1) 이 특약에 있어서 “재해골절”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 “재해골절(치아파절 제외) 분류표”(〈별표9〉 참조)에서 정한 골절을 말합니다.
- (2) “재해골절”의 진단확정은 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제 2 조의 11 [입원의 정의와 장소]

이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “질병 및 재해분류표”(〈별표2〉 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 2 조의 12 [수술의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인하여 치료(검사나 진단은 치료에 해당하지 않음)를 직접목적으로 하는 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “1~5종 수술분류표”(〈별표8〉 참조)에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 적제(摘除, 완전히(통째로) 잘라서 들어내는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료 효과를 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), 적제(滴劑, 일부분(불필요한 부분만) 적절하게 끊는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 이 특약의 보험기간 중 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
진단급여금	피보험자가 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때, 또는 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 피보험자 1인당 뇌출혈, 급성심근경색증, 암 각각 1회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액의 100%
	피보험자가 보험기간 중 말기신부전으로 진단확정 되었을 때 (단, 피보험자 1인당 1회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액의 50%
	피보험자가 보험기간 중 말기간질환으로 진단이 확정되었을 때 (단, 피보험자 1인당 1회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액의 50%
	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (단, 피보험자 1인당 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각각 1회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액의 20%
중대한 화상 및 부식급여금	피보험자가 보험기간 중 중대한 화상 및 부식으로 진단확정 되었을 때(단, 피보험자 1인당 1회에 한하여 지급합니다)	특약보험가입금액의 50%
입원급여금	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해의 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 때(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적 으로 입원하였다면 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 단, 입원 급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다)	3일초과 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%
수술급여금	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 수술을 받았을 때	1종수술: 특약보험가입금액의 1% 2종수술: 특약보험가입금액의 3% 3종수술: 특약보험가입금액의 5% 4종수술: 특약보험가입금액의 10% 5종수술: 특약보험가입금액의 40%
재해골절 급여금	피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 “재해골절”상태가 되었을 때(단, 동일재해로 두 가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급합니다)	특약보험가입금액의 1.0%

단, 이 특약의 계약 체결 후 1년 이내에 진단급여금 또는 재해 이외의 원인으로 인한 수술급여금이 발생한 경우 상기금액의 50%를 지급합니다.

(2) 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

1. 피보험자가 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전, 말기간질환, 중대한 화상 및 부식 또는 암보장개시일 이후 암(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)으로 진단이 확정되었을 때
2. 피보험자가 “장해분류표”(별표1) 참조 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

▶ 아래 제1항부터 제3항까지는 진단급여금과 관련된 내용입니다.

- (1) 피보험자가 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전, 말기간질환, 기타 피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단일로 보고 제3조 [보험금의 지급사유]의 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암에 대한 보장개시일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우 또는 보장개시일 이전에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전, 말기간질환, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되는 경우에는 제외합니다.
- (2) 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이전에 “암”으로 진단확정되는 경우에는, 보험계약일부터 암에 대한 보장개시일 전일 이전에 진단확정된 암과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 지급사유가 발생하더라도 해당 보험금(제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 진단급여금)을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- (3) 제2항에 불구하고 계약자는 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 진단일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

▶ 아래 제4항부터 제7항까지는 입원급여금과 관련된 내용입니다.

- (4) 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 이 경우 120일째 지급해당일을 보장한도일이라 합니다.
- (5) 피보험자가 입원급여금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.
- (6) 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고, 각 입원일수를 합산하고 제4항을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
 1. 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원
 2. 입원급여금이 제4항에서 정하는 최고한도로 지급된 최종입원일부터 180일이 지난 이후의 입원
- (7) 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

아래 제8항부터 제9항까지는 수술급여금과 관련된 내용입니다.

- (8) 제3조 [보험금의 지급사유] 중 수술급여금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
- (9) 제8항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

[예시]

동시에 위용종절제술, 대장용종절제술을 시행한 경우, 동일 신체부위(복부장기) 수술로 1회만 지급됩니다.

▶ 아래 제10항은 재해골절급여금과 관련된 내용입니다.

- (10) 제3조 [보험금의 지급사유] 중 재해골절급여금의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절급여금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절

을 시키는 경우에는 재해골절급여금을 지급하지 않습니다.

▶ 아래 제11항부터 제 17항까지는 보험료 납입면제와 관련된 내용입니다.

- (11) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표 1〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- (12) 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- (13) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- (14) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- (15) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- (16) 제3조 [보험금의 지급사유] 제 2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (17) 제16항에도 불구하고 〈별표1〉의 장해분류표에서 정한 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

▶ 아래 제18항부터 제 23항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.

- (18) 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조 [보험금 지급사유]의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- (19) 제1항 내지 제2항 및 제18항에도 불구하고 특약 청약일 이전에 진단확정 된 질병이라고 하더라도 특약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 특약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- (20) 제19항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- (21) 이 약관 제14조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제19항의 특약 청약일로 하여 제18항 내지 제20항을 적용합니다.
- (22) 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- (23) 보험수익자와 회사가 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조[의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금의 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외하고 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(뇌출혈 진단서, 급성심근경색증 진단서, 암 진단서, 조직검사결과지, 말기신부전 진단서, 말기간질환 진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 단, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나, 보험료의 납입을 면제합니다.
- (2) 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표10〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정] 제23항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- (4) 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급할 수 있습니다.
- (5) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조 [계약전 알릴의무 위반의 효과]와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 8 조 [계약전 알릴의무 위반의 효과]

- (1) 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- (2) 이 특약에 관한 계약전 알릴의무 및 계약전 알릴의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.

- (3) 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지되었을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 의한 해지환급금을 드립니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 무효, 취소 또는 철회된 경우 및 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 주계약의 최저사망보험금 보증기간에 해당하는 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함함)에는 해당되지 않습니다.
 2. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우
단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 감액완납보험 또는 연장정기보험으로 변경된 경우는 해당되지 않습니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

제 10 조 [특약내용의 변경 등]

- (1) 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 보험가입금액의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- (3) 주계약 피보험자의 직계비속을 피보험자로 하는 특약의 경우, 계약자의 요청에 따라 “특약 피보험자를 주계약 피보험자로 하는 주계약”에 추가하는 것으로 변경할 수 있습니다.
- (4) 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 11 조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

- (1) 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때 부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때 부터 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) 제1항에도 불구하고 제2조의 4 [암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 암에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우에는 암에 대한 보장개시일은 제1항에서 정한 이 특약의 보장개시일과 동일합니다.

제 12 조 [특약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- (1) 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

- (2) 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- (3) 제2항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료의 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 13 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- (1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- (2) 이 특약의 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 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- (3) 제1항 내지 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 제1항에도 불구하고 주계약의 보험기간이 완료 또는 보험료의 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우, 제13조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (4) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활일(효력회복)을 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] 제1항의 보장개시일로 하여 제11조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 15 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조 [해지환급금] 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 16 조 [해지환급금]

- (1) 이 특약의 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”(〈별표10〉참조)에 따릅니다.

(3) 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 17 조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

(1) 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

(2) 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 장해분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 2〉 질병 및 재해분류표

부록의 [표 3] 참조

〈별표 3〉 뇌출혈 분류표

부록의 [표 12] 참조

〈별표 4〉 급성심근경색증 분류표

부록의 [표 13] 참조

〈별표 5〉 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

부록의 [표 8] 참조

〈별표 6〉 제자리의 신생물 분류표

부록의 [표 9] 참조

〈별표 7〉 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

부록의 [표 10] 참조

〈별표 8〉 1~5종 수술분류표

부록의 [표 11] 참조

〈별표 9〉 재해골절(치아파절 제외) 분류표

부록의 [표 14] 참조

〈별표 10〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 7조 제 2항 및 제 16조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3조 제 1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제 16조 제 1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

〈별표 11〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

제 1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 목적

제 2조 용어의 정의

제 21조 더블업헬스케어보장보험에 부가되어 있는
경우의 특칙

제 22조 다른 특약의 취급

제 23조 주계약 약관 규정의 준용

제 2관 보험금의 지급

제 3조 보험금의 지급사유

제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정

제 5조 보험금을 지급하지 않는 사유

제 6조 보험금의 청구

제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 지정대리청구에 관한 사항

제 8조 적용대상

제 9조 지정대리청구인의 지정

제 10조 지정대리청구인의 변경지정

제 11조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차

제 4관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 5관 특약의 성립과 유지

제 13조 특약의 체결 및 효력

제 6관 보험료의 납입

제 14조 회사의 보장개시

제 15조 특약의 보험료

제 16조 해지특약의 부활(효력회복)

제 7관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 17조 계약자의 임의 해지

제 8관 기타사항 등제 18조 주계약에 정기특약이 부가되어 있는 경우
의 특칙

제 19조 정기보험에 부가되어 있는 경우의 특칙

제 20조 유니버설보험에 부가되어 있는 경우의 특칙

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 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. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

회사는 의료법 제 3 조 [의료기관]에서 규정한 종합병원에서 실시한 전문의 자격을 가진 자에 의한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간(이하 '여명'이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단되는 경우에 회사의 청약서 또는 신청서에 정한 바에 따라 주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부를 피보험자에게 지급합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

(1) 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액과 같은 금액의 주계약 보험금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 단, 그 감액부분에 대한 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정하는 보험금의 청구를 받아도 이 특약에 따라 지급된 보험금액에 대하여는 지급하지 않습니다.

(2) 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

(3) 주계약 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

(4) 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보험계약 대출이 있는 경우에는 보험계약대출의 원금과 이자를 합한 금액을 빼고 지급합니다.

제 5 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

계약자, 피보험자 또는 제 9 조 [지정대리청구인의 지정]에서 정하는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가

제 3 조 [보험금의 지급사유]에 해당된 경우에는 제 3 조 [보험금의 지급사유]의 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 피보험자 또는 지정대리청구인은 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 의사의 진단서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자의 인감증명서(피보험자가 아닌 자(지정대리청구인 등)가 청구할 경우)
 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
 6. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 진단서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- (2) 회사가 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표1〉 참조)과 같이 계산합니다.
- (3) 사실 확인이 필요한 경우 계약자 또는 피보험자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유 없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 지정대리청구에 관한 사항

제 8 조 [적용대상]

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 9 조 [지정대리청구인의 지정]

- (1) 계약자는 이 특약의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 2년 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제10조 [지정대리청구인의 변경지정]에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 각 호의 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
- (2) 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제8조 [적용대상]의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 10 조 [지정대리청구인의 변경지정]

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경·지정 할 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(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제 11 조 [지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차]

- (1) 지정대리청구인은 제6조 [보험금의 청구]에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제8조 [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.

제 4 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12 조 [계약전 알릴의무 위반의 효과]

이 특약에 관한 계약전 알릴의무 및 계약전 알릴의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.

제 5 관 특약의 성립과 유지

제 13 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 회사가 정하는 바에 따라 피보험자의 동의를 얻어 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제 1 항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 피보험자의 동의를 얻어 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
단, 주계약에 부가된 사망보험금을 지급하는 특약(이하 “사망보장특약”이라 합니다) 중 사망보장특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약은 해지되었으나 사망보장특약의 효력이 유지되는 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 이 특약의 효력은 유지됩니다.
 2. 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정하는 보험금의 지급이 완료된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우

제 6 관 보험료의 납입

제 14 조 [회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제 13 조 [특약의 체결 및 효력] 제 2 항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 15 조 [특약의 보험료]

이 특약의 보험료는 없습니다.

제 16 조 [해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 7 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
- (2) 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 8 관 기타사항 등

제 18 조 [주계약에 정기특약이 부가되어 있는 경우의 특칙]

- (1) 주계약에 정기특약이 부가되어 있는 경우에는 제 3 조 [보험금의 지급사유]에서 정하는 사망보험금액은 주계약의 사망보험금액에 정기특약의 특약사망보험금액을 합산한 금액으로 합니다.
- (2) 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 이 특약의 보험금의 청구가 있는 경우에는 제 3 조 [보험금의 지급사유] 및 제 22 조 [다른 특약의 취급]에 관계없이 주계약 및 정기특약의 청구일 현재 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급하는 것으로 합니다.
- (3) 정기특약에 대한 이 특약의 보험금은 정기특약의 특약보험기간 만료일의 12개월 이전까지 청구할 수 있습니다.
- (4) 제 3 항에도 불구하고, 정기특약이 자동갱신되는 경우에는 정기특약에 대해서는 제3항의 “특약보험기간 만료”를 “자동갱신기간 만료”로 바꾸어 읽습니다.
- (5) 제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]은 본 조의 경우에도 적용합니다.

제 19 조 [정기보험에 부가되어 있는 경우의 특칙]

- (1) 이 특약이 정기보험에 부가된 경우, 이 특약의 보험금은 정기보험의 보험기간 만료일의 12개월 이전까지 청구할 수 있습니다.
- (2) 제 1 항에도 불구하고, 정기보험계약이 자동갱신되는 경우에는 제1항의 “보험기간 만료”를 “자동갱신기간 만료”로 바꾸어 읽습니다.

제 20 조 [유니버설보험에 부가되어 있는 경우의 특칙]

이 특약이 유니버설보험에 부가된 경우, 유니버설보험계약의 예정해지환급금이 12개월 경과후에도 '0'이 아닐 경우에만 청구할 수 있습니다.

제 21 조 [더블업헬스케어보장보험에 부가되어 있는 경우의 특칙]

이 특약이 더블업헬스케어보장보험에 부가된 경우, 이 특약의 보험금은 더블업헬스케어보장보험의 전환나이 계약해당일의 직전 12개월 동안에는 청구할 수 없습니다.

제 22 조 [다른 특약의 취급]

- (1) 주계약의 보험금 전부가 지급된 경우 주계약은 소멸되는 것으로 하며 주계약에 다른 특약이 부가되어 있는 경우에는 각 특약은 더 이상 효력을 갖지 않습니다.
- (2) 주계약의 보험금 일부가 지급된 경우에는 각 특약은 계속되는 것으로 합니다.

제 23 조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 그 성격상 부합되지 않는 것을 제외하고는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 7조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제 3조)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
제 5조 보험금의 청구
제 6조 보험금의 지급절차

제 3관 특약의 성립과 유지

- 제 7조 특약의 체결 및 효력
제 8조 특약의 무효

제 4관 보험료의 납입

- 제 9조 회사의 보장개시
제 10조 특약의 보험료

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 11조 계약자의 임의 해지

제 6관 기타사항 등

- 제 12조 주계약 약관 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 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. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급금 관련 용어

해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 보험기간 중 제9조 [회사의 보장개시]에서 정한 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험수익자에게 회사가 정한 금액 및 해당 보험수익자의 사망보험금 지급비율에 따른 금액 한도내에서 주계약 및 특약의 사망보험금액(재해사망특약의 보험금액은 제외합니다)의 일부 또는 전부를 지급합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제3조 [보험금의 지급사유]에 따라 회사가 이 보험의 보험금의 일부를 받는 자에게 이 특약에 따른 보험금을 지급한 경우 잔여 보험금을 지급할 때 이를 해당 보험수익자에게 지급할 보험금에서 차감합니다.
- (2) 회사는 이 특약의 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받아도 이 특약에 따라 지급된 보험금에 대하여는 지급하지 않습니다.
- (3) 주계약 약관에 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.

제 5 조 [보험금의 청구]

- (1) 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 사망보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금청구서

2. 사망진단서 또는 사체검안서

- (2) 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사망진단서 또는 사체검안서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제5조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 날부터 1영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- (2) 이 특약에 따른 보험금의 종류 중 월급여금이 있는 주계약 및 특약의 보험금이 지급되는 경우 회사는 잔여 보험금에 대하여 월급여금으로 지급하는 대신에 일시금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 7 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 갖지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
단, 주계약에 부가된 사망보험금을 지급하는 특약(이하 “사망보장특약”이라 합니다) 중 사망보장특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약은 해지되었으나 사망보장특약의 효력이 유지되는 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 이 특약의 효력은 유지됩니다.
 2. 제3조 [보험금의 지급사유]에서 정하는 보험금의 지급이 완료된 경우

제 8 조 [특약의 무효]

- (1) 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
 1. 보험수익자가 법인인 경우
 2. 보험수익자가 미성년자인 경우
 3. 보험수익자가 법정상속인인 경우. 단, 보험수익자 중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외
- (2) 회사는 이 특약에 따라 보험금을 지급한 후에도 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 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 보험수익자는 이미 지급받은 보험금에 대하여는 회사에 납입하여야 합니다.
- (3) 회사는 이 특약에 따라 보험금을 지급한 후에도 보험수익자의 부당한 행위에 의하여 보험금이 지급되었을 경우에는 특약을 무효로 하며 보험수익자는 이미 지급받은 보험금에 대하여는 회사에 납입하여야 합니다.
- (4) 제2항 및 제3항에 따라 이 특약이 무효가 되는 경우 회사는 보험금, 환급금 등 계약자 또는 보험수익자에게 지급하여야 할 금액에서 이 특약에 따라 지급된 보험금을 공제할 수 있습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 9 조 [회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 경과한 날로 합니다. 그러나 제 7 조 [특약의 체결 및 효력] 제 2 항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 10 조 [특약의 보험료]

이 특약의 보험료는 없습니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금

제 11 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 12 조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 그 성격상 부합되지 않는 것을 제외하고는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의
- 제 3조 “일상생활장해상태”의 정의 및 진단확정
- 제 4조 “중증치매상태”의 정의 및 진단확정

제 2관 보험금의 지급

- 제 5조 보험금의 지급사유
- 제 6조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 7조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제 8조 보험금의 청구
- 제 9조 보험금의 지급절차

제 3관 지정대리청구에 관한 사항

- 제 10조 적용대상
- 제 11조 지정대리청구인의 지정
- 제 12조 지정대리청구인의 변경지정
- 제 13조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차

제 4관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

- 제 14조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 5관 특약의 성립과 유지

- 제 15조 특약의 체결 및 효력
- 제 16조 위험률의 적용

제 6관 보험료의 납입

- 제 17조 회사의 보장개시
- 제 18조 특약의 보험료
- 제 19조 해지특약의 부활(효력회복)

제 7관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 20조 계약자의 임의 해지

제 8관 기타사항 등

- 제 21조 유니버셜보험에 부가되어 있는 경우의 특칙
- 제 22조 더블업헬스케어보장보험에 부가되어 있는 경우의 특칙
- 제 23조 주계약 약관 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 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. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
 - 다. 주계약 보장금액: 주계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에 지급되는 보험금액의 일부 또는 전부로서, '사업방법서'에서 정한 바에 따라 이 특약의 보험금을 지급할 때 기준이 되는 금액을 말합니다.
 - 라. 간병연금액: 최초의 간병연금 신청일(다만, 신청한 날이 제3조 ["일상생활장해상태"]의 정의 및 진단확정] 제3항 및 제4조 ["중증치매상태"]의 정의 및 진단확정] 제3항에서 정한 "일상생활장해상태" 및 "중증치매상태"의 최종 진단확정일(진단일로부터 90일)을 경과하지 않은 경우에는 그 최종 진단확정일을 최초의 간병연금 신청일로 봅니다. 이하 같습니다)에 주계약 보장금액의 10%, 15%, 20%(다만, 주계약 보장금액이 5억원 이상인 경우에는 1~9%도 선택가능)에 해당하는 금액 중 이 특약의 피보험자가 지정한 금액을 말합니다.
 - 마. 선지급대상보험금액: 간병연금액에 상응하는 주계약 보장금액으로 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산되며, 간병연금 신청일에 따라 달라질 수 있습니다.
4. 날짜 관련 용어
 - 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 3 조 ["일상생활장해상태"]의 정의 및 진단확정]

- (1) "일상생활장해상태"라 함은 피보험자가 주계약의 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 「특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족 등)를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 다음 중 제1호 및 제2호에 동시에 해당되며, 그 상태가 보장개시일 이후에 발생하고, 발생시점부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태"를 말합니다.
 1. '이동(보행)하기'를 스스로 할 수 없는 상태
 2. 다음 (가)~(라) 항목 중 한 가지라도 스스로 할 수 없는 상태
 - (가) 식사하기
 - (나) 화장실 사용하기

(다) 목욕하기

(라) 옷입기

- (2) 제1항에서 “스스로 할 수 없는 상태”라 함은 <별표2> “일상생활 기본동작” 유형 및 「타인의 완전한 도움」 판단 기준표에서 정한 「항상 타인의 완전한 도움」이 반드시 필요한 경우를 말합니다.
- (3) “일상생활장해상태”의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해서 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 “일상생활장해상태”가 계속 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 “일상생활장해상태”로 최종 진단확정됩니다.

제 4 조 [“중증치매상태”의 정의 및 진단확정]

- (1) “중증치매상태”라 함은 피보험자가 주계약의 계약일 이후에 재해 또는 질병으로 보장개시일 이후에 “중증의 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- (2) “중증의 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 보장개시일 이후에 발생하고 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이때, “CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)”는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5으로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.
- (3) “중증치매상태”의 발생시의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 “중증치매상태”가 계속 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 “중증치매상태”로 최종 진단확정됩니다.
- (4) 제1항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알코올중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.
- (5) 중증치매(기질성치매)로 분류되는 질병은 <별표3> 중증치매 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 5 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 피보험자가 “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태”로 진단이 확정되고 간병연금을 신청한 경우에는 피보험자에게 제2조 [용어의 정의] 제3호 라목에서 정한 간병연금액을 지급합니다.(다만, 최초의 간병연금 신청일이 주계약의 보험료 납입기간을 경과하고 피보험자의 나이가 만 60세 이상인 경우에 한합니다)
- (2) 제1항에도 불구하고, 간병연금 신청일이 직전 간병연금 신청일로부터 1년이 경과하지 않은 때에는 간병연금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 제5조 [보험금의 지급사유]에서 정하는 최초의 간병연금은 제3조 [일상생활장해상태]의 정의 및 진단확정] 제3항 및 제4조 [“중증치매상태”의 정의 및 진단확정] 제3항에 따라 발생시 진단일로부터 90일이 지난 이후에 “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태”로 최종 진단 확정되지 않은 경우에는 지급하지 않습니다.
- (2) 제5조 [보험금의 지급사유]에도 불구하고 간병연금을 지급함으로써 선지급대상보험금액의 합계액이 이 특약의 “사업방법서”에서 정한 회사소정의 금액을 초과하는 경우에는 간병연금을 지급하지 않습니다.
- (3) 제5조 [보험금의 지급사유]에도 불구하고 간병연금을 지급함으로써 최초의 간병연금 신청일의 주계약 보장금액에서 선지급대상보험금액의 합계액을 차감한 금액이 최초의 간병연금 신청일의 주계약 보장금액의 20% 보다 적게 되는 경우에는 간병연금을 지급하지 않습니다.
- (4) 제5조 [보험금의 지급사유]에도 불구하고 간병연금액이 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 해지환급금보다 적은 경우에는 간병연금을 지급하지 않습니다.
- (5) 이 특약의 간병연금을 지급하는 때에는 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 또한 그 감액부분에 대한 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받아도 감액된 부분에 대하여는 지급하지 않습니다.

다.

- (6) 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- (7) 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 보험계약대출이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계액 중 간병연금 지급할 때 주계약 보험가입금액의 감액비율에 해당하는 금액을 차감하고 지급합니다.
- (8) 간병연금을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 1개월, 3개월 또는 6개월로 분할하여 지급받을 수 있습니다.
- (9) 이 특약에서 간병연금의 보험수익자는 피보험자로 합니다.

제 7 조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

계약자, 피보험자 또는 제11조 [지정대리청구인의 지정]에서 정하는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제5조 [보험금의 지급사유]에 해당된 경우에는 제5조 [보험금의 지급사유]의 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 [보험금의 청구]

- (1) 피보험자 또는 지정대리청구인은 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태”에 대한 의사의 진단서
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 - 4. 피보험자의 인감증명서(피보험자가 아닌 자(지정대리청구인 등)가 청구할 경우)
 - 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
 - 6. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 진단서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제8조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- (2) 회사가 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(〈별표4〉 참조) 과 같이 계산합니다.
- (3) 피보험자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 피보험자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 관 지정대리청구에 관한 사항

제 10 조 [적용대상]

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 11 조 [지정대리청구인의 지정]

- (1) 계약자는 이 특약의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 2년 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제12조 [지정대리청구인의 변경지정]에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 각 호의 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
- (2) 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제10조 [적용대상]의 보험수익자가 변경되는 경우에는

이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 12 조 [지정대리청구인의 변경지정]

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경·지정 할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제 13 조 [지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차]

- (1) 지정대리청구인은 제8조 [보험금의 청구]에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제10조 [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.

제 4 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 14 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.

제 5 관 특약의 성립과 유지

제 15 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 회사가 정하는 바에 따라 피보험자의 동의를 얻어 계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 피보험자의 동의를 얻어 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) “주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 갖지 않게 되는 경우”, “연장정기보험으로 변경된 경우” 또는 “제6조 [보험금의 지급에 관한 세부규정] 제2항 내지 제4항에 따라 간병연금이 지급될 수 없는 경우”에는 이 특약은 더 이상 효력을 갖지 않습니다.

제 16 조 [위험률의 적용]

이 특약의 장기간병자 관련 위험률은 최초의 간병연금 신청일에 회사가 적용하고 있는 위험률을 적용합니다.

제 6 관 보험료의 납입

제 17 조 [회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 최초의 간병연금 신청일로 합니다.

제 18 조 [특약의 보험료]

이 특약의 보험료는 없습니다.

제 19 조 [해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 7 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 [계약자의 임의 해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
 (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 8 관 기타사항 등

제 21 조 [유니버설보험에 부가되어 있는 경우의 특칙]

이 특약이 유니버설보험에 부가된 경우, 유니버설보험계약의 예정해지환급금이 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 정한 완전평균여명 경과 후에도 '0'이 아닐 경우에 청구할 수 있습니다.

제 22 조 [더블업헬스케어보장보험에 부가되어 있는 경우의 특칙]

이 특약이 더블업헬스케어보장보험에 부가된 경우, 최초의 간병연금은 더블업헬스케어보장보험의 전환나이 이후에 신청할 수 있습니다.

제 23 조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 그 성격상 부합되지 않는 것을 제외하고는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 「일상생활 기본동작」 유형 및 「타인의 완전한 도움」 판단기준표

약관에 규정하는 "항상 타인의 완전한 도움"이 반드시 필요한 경우라 함은 다음 각 유형의 판단기준에 해당되는 상태를 말합니다.

유형	판단기준
이동(보행)하기	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다.(예를 들면, 보조기구를 사용하여도 방 밖으로 나올 수 없어 들것에 실리거나 업혀야만 방 밖으로 나올 수 있다.)
식사하기 (음식물섭취하기)	다른 사람의 지속적인 도움을 받지 않고는 음식물 섭취하기를 전혀 할 수 없거나, 현재 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분적인 혹은 전적인 영양분 공급을 받아야 한다.
화장실 사용하기	대소변 조절하기와 관계없이 다른 사람의 지속적인 도움을 받아야 다음의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강)를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료 장치(예를 들면, 유치(留置) 카테터 등)나 외과적 시술물(예를 들면, 결장루 등)을 사용하는 일
목욕하기	다른 사람의 지속적인 도움을 받지 않고는 샤워목욕을 전혀 할 수 없다.
옷입기	다른 사람의 지속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

〈별표 3〉 중증치매 분류표

약관에 규정하는 중증치매(기질성치매)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

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

〈별표 4〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제 9조 제 2항 관련)

구분	기간	지급이자
간병연금 (제5조 제1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.
- 주 2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

제 1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 목적

제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

제 3조 조혈모세포기증수술의 정의

제 4조 보험금의 지급사유

제 5조 보험금 지급에 관한 세부규정

제 6조 보험금의 청구

제 7조 보험금의 지급절차

제 3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

제 4관 특약의 성립과 유지

제 9조 특약의 체결 및 효력

제 5관 보험료의 납입

제 10조 회사의 보장개시

제 11조 특약의 보험료

제 12조 해지특약의 부활(효력회복)

제 6관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 13조 계약자의 임의 해지

제 7관 기타사항 등

제 14조 주계약 약관 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

- 계약관계 관련 용어
 - 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람
- 지급금 관련 용어
 - 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 기간과 날짜 관련 용어
 - 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [조혈모세포기증수술의 정의]

이 특약에 있어서 “조혈모세포기증수술”이라 함은 의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 타인의 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료하기 위해서 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 채취가 필요하다고 인정한 경우로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 의사의 관리하에 시행하는 다음의 각호에서 정한 동종골수조혈모세포기증수술 및 동종말초조혈모세포기증수술을 말합니다. 다만, 자가(autologous)조혈모세포이식 및 제대혈조혈모세포이식을 목적으로 하는 수술은 제외합니다.

- “동종(allogenic)골수조혈모세포기증수술”이라 함은 타인의 골수를 정상적인 골수로 치환하기 위한 목적으로 피보험자의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 채취하는 수술을 말합니다.
- “동종(allogenic)말초조혈모세포기증수술”이라 함은 타인의 골수를 정상적인 골수로 치환하기 위한 목적으로 피보험자의 말초혈액으로부터 정상적인 조혈모세포를 채취하는 수술을 말합니다.

제 4 조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 제10조 [회사의 보장개시]에 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 제3조 [조혈모세포기증수술의 정의]에서 정한 조혈모세포기증수술을 하였을 때에는 피보험자에게 약정한 기증급여금을 지급합니다. 기증급여금은 다른 보험계약을 합산하여 피보험자 1명당 1회에 한하여 200만원을 최고한도로 지급합니다. (다만, 보험계약의 기준통화가 미합중국 통화인 경우는 미화 2,000달러를 최고한도로 합니다)

구분	지급금액
기증급여금	주계약 보험가입금액의 1%

제 5 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

피보험자가 자가(autologous)조혈모세포이식 및 제대혈조혈모세포이식을 목적으로 수술을 하여 제4조 [보험금의 지급사유]에 해당되는 경우에는 기증급여금을 지급하지 않습니다.

제 6 조 [보험금의 청구]

- (1) 피보험자는 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 수술증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 기타 피보험자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- (2) 제1항 제2호의 수술증명서는 의료법 제3조 [의료기관]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 [보험금의 지급절차]

- (1) 회사는 제6조 [보험금의 청구]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 기증급여금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 기증급여금을 지급합니다.
- (2) 사실 확인이 필요한 경우 계약자 또는 피보험자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유 없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특약의 기증급여금을 지급하지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 9 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 회사가 정하는 바에 따라 피보험자의 동의를 얻어 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 피보험자의 동의를 얻어 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) “주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 갖지 않게 되는 경우”, “제4조 [보험금의 지급사유]에서 정하는 보험금의 지급이 완료된 경우” 또는 “피보험자가 사망하였을 경우” 이 특약도 더 이상 효력을 갖지 않습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 10 조 [회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일로부터 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 그러나 제9조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우 주계약의 보장개시일로부터 1년이 지난 날의 다음날 이후에 이 특약을 청약한 때에는 그 날부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 11 조 [특약의 보험료]

이 특약의 보험료는 없습니다.

제 12 조 [해지특약의 부활(효력회복)]

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

- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- (3) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제10조 [회사의 보장개시]를 준용합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 13 조 [계약자의 임의 해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 7 관 기타사항 등

제 14 조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 그 성격상 부합되지 않는 것을 제외하고는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

제 1관 목적 및 용어의 정의

- 제 1조 목적
- 제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

- 제 3조 보험금의 지급사유
- 제 4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제 5조 보험수익자의 지정
- 제 6조 대표자의 지정 특칙

제 3관 특약의 성립과 유지

- 제 7조 특약의 체결 및 효력

제 4관 보험료의 납입

- 제 8조 회사의 보장개시
- 제 9조 특약의 보험료
- 제 10조 해지특약의 부활(효력회복)

제 5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

- 제 11조 계약자의 임의해지

제 6관 기타사항 등

- 제 12조 주계약 약관 규정의 준용

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 이 특약이 부가되어 있는 보험계약에서 피보험자의 사망시 지급되는 사망보험금의 일부를 기부단체에 기부하기 위하여 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 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. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: <별표 1> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장해: <별표 2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간 관련 용어
 - 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 [보험금의 지급사유]

- (1) 회사는 주계약의 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 기부 단체에게 약정한 기부보험금을 지급합니다.
 1. 주계약의 약관에서 정하는 보험금의 지급사유 중에서 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우 : 주계약 보장금액의 1%
 2. 주계약의 약관에서 정하는 보험금의 지급사유 중에서 보험기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표2> 참조) 중 동일한 재해(<별표1> 참조) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이 상인 장해상태가 된 경우 : 주계약 보장금액의 1%
- (2) 제1항에서 말하는 주계약 보장금액은 이 특약의 보험금 지급시 기준이 되는 금액으로 이 특약의 “사업방법서”에서 정한 금액을 말합니다.

제 4 조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- (1) 주계약의 보험수익자가 사망보험금을 청구하여 보험금을 지급하는 경우, 기부 단체도 기부보험금을 청구한 것으로 보아 회사는 기부보험금을 기부 단체에 지급합니다.
- (2) 회사는 주계약의 사망보험금에서 제3조 [보험금의 지급사유] 제1항에 의해 지급된 기부보험금을 제외한 나머지 금액을 주계약의 보험수익자에게 지급합니다.
- (3) 회사는 보험계약대출 등이 있는 경우라 할 지라도 기부보험금에서 이를 차감하지 않습니다.

제 5 조 [보험수익자의 지정]

- (1) 계약자는 이 특약의 사업방법서에서 정한 비영리 단체 중 하나를 이 특약의 보험수익자(이하 “기부 단체”라 합니다)로 지정할 수 있습니다.
- (2) 제1항에 따라 지정한 기부 단체가 소멸하는 경우 회사는 이를 계약자에게 통보하여 드리며 계약자는 회사가 정한 바에 따라 이 특약의 사업방법서에서 정하는 다른 비영리 단체 중 하나를 기부 단체로 다시 지정할 수 있습니다. 단, 계약자가 기부 단체를 다시 지정하지 않고 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 무효로 합니다.

제 6 조 [대표자의 지정 특칙]

주계약에 이 특약을 부가하는 경우, 기부 단체를 제외한 나머지 사망시 보험수익자들에 한하여 주계약 약관의 [대표자의 지정] 조항을 적용합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 7 조 [특약의 체결 및 효력]

- (1) 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 피보험자의 동의를 얻어 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- (3) “주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 갖지 않게 되는 경우” 또는 “제3조 [보험금의 지급사유]에서 정하는 보험금의 지급이 완료된 경우”에는 이 특약은 더 이상 효력을 갖지 않습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 8 조 [회사의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제7조 [특약의 체결 및 효력] 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 9 조 [특약의 보험료]

이 특약의 보험료는 없습니다.

제 10 조 [해지특약의 부활(효력회복)]

- (1) 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- (2) 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 11 조 [계약자의 임의해지]

- (1) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
- (2) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 6 관 기타사항 등

제 12 조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

〈별표 1〉 재해분류표

부록의 [표 1] 참조

〈별표 2〉 장애분류표

부록의 [표 2] 참조

〈별표 3〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
기부보험금 (제3조 제1항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주 1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(주계약 약관 참조)가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.

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

제 1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 목적

제 2조 용어의 정의

제 2관 보험금의 지급

제 3조 적용대상

제 4조 지정대리청구인의 지정

제 5조 지정대리청구인의 변경지정

제 6조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차

제 7조 지정대리청구인에 의한 보험금의 청구

제 3관 특약의 성립과 유지

제 8조 특약의 체결 및 소멸

제 4관 기타사항 등

제 9조 준용규정

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 대리청구인으로 하여금 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 수 있도록 하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 2 조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 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. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람

제 2 관 지정대리청구인에 관한 사항

제 3 조 [적용대상]

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제 4 조 [지정대리청구인의 지정]

- (1) 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제5조 [지정대리청구인의 변경지정]에 의한 변경지정 또는 보험금 청구할 때에도 다음 각 호의 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
- (2) 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조 [적용대상]의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 5 조 [지정대리청구인의 변경지정]

- (1) 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 보험증권
 3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- (2) 지정대리청구인의 사망시 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 보며, 계약자는 제1항에 따라 지정대리청구인을 변경 지정하여야 합니다.

제 6 조 [지정대리청구인에 의한 보험금 지급절차]

- (1) 지정대리청구인은 제7조 [지정대리청구인에 의한 보험금의 청구]에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻

- 어 제3조 [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.

제 7 조 [지정대리청구인에 의한 보험금의 청구]

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 8 조 [특약의 체결 및 소멸]

- (1) 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- (2) 제3조 [적용대상]의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 갖지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 갖지 않습니다.

제 4 관 기타사항 등

제 9 조 [준용규정]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)”중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)”중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)”중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

(주) ()안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 후유장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습) 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건 수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 1/2이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10 cm(1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6~11세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 뚜렷한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35°이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20°이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15°이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10°이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 정도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사서 이상 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 같은 부위로 한다.
- “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다.
 - 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
 - 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정된 각 변형이 20°이상인 경우
- “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정된 각 변형이 20°이상인 경우를 말한다.
- 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.

- 5) “한팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정 은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장해”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장해”라 함은
 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장해”라 함은
 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15°이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎 관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장해”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장해”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) “약간의 장해”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15°이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골 내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 찢조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애판정기준

- 1) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장애지급률에 미치지 않는 장애는 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거

- ㉦ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
- ㉧ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정이나 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

부록 I 169

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변, 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인하여 입원한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ()안은 제6차 개정한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

I. 암

- ① 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상질병명	분류번호
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. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(일차성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

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

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ 신체부위와 관계없이 병리학적으로 현재 양성 종양인 경우는 제외하며, 병리학적 진단과 임상학적 진단이 다를 경우에는 병리학적 진단을 따릅니다.

II. 뇌출혈

- ① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

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

III. 급성심근경색증

- ① 약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다

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

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

IV. 말기신부전(End Stage Renal Disease)

- ① 말기신부전이라 함은 말기신질환으로서 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이고 보전요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 또는 신장이식의 시술을 받아야 한다고 의사가 판단하여 그 말기신질환의 치료를 직접목적으로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 신장이식을 받은 경우를 말하며, 일시적으로 혈액투석이나 복막투석 치료를 필요로 하는 신부전은 보장하지 않습니다.

V. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

- ① 말기간질환이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는 간경화증을 말합니다.

VI. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- ① 말기폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로 다음의 두 가지 특징을 모두 보여야 합니다.
- 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 평상시 FEV1 검사가 정상 예측치의 25% 이하
- ※ FEV1(Forced Expiratory Volume in Second) : 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량
- ② 말기폐질환으로 분류되는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09 - J18
2. 기타 급성 하기도 감염	J20 - J22
3. 만성 하기도 질환	J40 - J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60 - J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 - J84
6. 하기도의 화농성 및 과사성 병태	J85 - J86
7. 흉막의 기타 질환	J90 - J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95 - J99

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

- ③ 상기 제1호 및 제2호에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

예) 1. 제1호의 가~나 특징을 모두 보이나, 제2호에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
2. 제2호에서 정한 질병에 해당하지만 제1호의 가~나 특징을 모두 보이지 않는 경우

Ⅶ. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

- ① 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG) 이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Bypass Graft)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥 (Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 다만, 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전축상반절제술(Rotational Atherectomy)

Ⅷ. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

- ① 5대장기이식수술이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련 법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 간장, 콩팥(신장), 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 다만, 랑게르한스 소도 세포 이식수술 및 장기이식 공여자는 보장에서 제외합니다.

Ⅸ. 대동맥류인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)

- ① 대동맥류인조혈관치환수술이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(Excision)하고 인조혈관(Artificial Vessel)으로 치환(Graft)하는 두 가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 대동맥이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(Branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 다만, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
예) 경피적 혈관내 대동맥류 수술(Percutaneous Endovascular Aneurysm Repair)

Ⅹ. 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

- ① 심장판막수술이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.
가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으

로 치환하여 주는 수술

나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(Valvuloplasty)을 해주는 수술

② 단, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

예) 경피적 판막성형술(Percutaneous Balloon Valvuloplasty)

나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

XI. 중대한 화상 및 부식

중대한 화상 및 부식이라 함은 ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)’에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, ‘9의 법칙’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트’ 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

I. 암

- ① 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상질병명	분류번호
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. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(일차성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

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

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ③ 신체부위와 관계없이 병리학적으로 현재 양성 종양인 경우는 제외하며, 병리학적 진단과 임상학적 진단이 다를 경우에는 병리학적 진단을 따릅니다.

II. 뇌출혈

- ① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

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

III. 급성심근경색증

- ① 약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다

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

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

IV. 말기신부전(End Stage Renal Disease)

- ① 말기신부전이라 함은 말기신질환으로서 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이고 보전요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 또는 신장이식의 시술을 받아야 한다고 의사가 판단하여 그 말기신질환의 치료를 직접목적으로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 신장이식을 받은 경우를 말하며, 일시적으로 혈액투석이나 복막투석 치료를 필요로 하는 신부전은 보장하지 않습니다.

V. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

- ① 말기간질환이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는 간경화증을 말합니다.

VI. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- ① 말기폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로 다음의 두 가지 특징을 모두 보여야 합니다.
- 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 평상시 FEV1 검사가 정상 예측치의 25% 이하
- ※ FEV1(Forced Expiratory Volume in Second) : 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량
- ② 말기폐질환으로 분류되는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09 - J18
2. 기타 급성 하기도 감염	J20 - J22
3. 만성 하기도 질환	J40 - J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60 - J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 - J84
6. 하기도의 화농성 및 과사성 병태	J85 - J86
7. 흉막의 기타 질환	J90 - J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95 - J99

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

- ③ 상기 제1호 및 제2호에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

예) 1. 제1호의 가~나 특징을 모두 보이나, 제2호에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
2. 제2호에서 정한 질병에 해당하지만 제1호의 가~나 특징을 모두 보이지 않는 경우

Ⅶ. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

- ① 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG) 이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Bypass Graft)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥 (Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 다만, 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전축상반절제술(Rotational Atherectomy)

Ⅷ. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

- ① 5대장기이식수술이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련 법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 간장, 콩팥(신장), 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 다만, 랑게르한스 소도 세포 이식수술 및 장기이식 공여자는 보장에서 제외합니다.

Ⅸ. 대동맥류인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)

- ① 대동맥류인조혈관치환수술이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(Excision)하고 인조혈관(Artificial Vessel)으로 치환(Graft)하는 두 가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 대동맥이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(Branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 다만, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
예) 경피적 혈관내 대동맥류 수술(Percutaneous Endovascular Aneurysm Repair)

Ⅹ. 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

- ① 심장판막수술이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.
가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으

로 치환하여 주는 수술

나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(Valvuloplasty)을 해주는 수술

② 단, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

예) 경피적 판막성형술(Percutaneous Balloon Valvuloplasty)

나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

XI. 중대한 화상 및 부식

중대한 화상 및 부식이라 함은 ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)’에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, ‘9의 법칙’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트’ 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

- ① 이 특약에서 보장하는 두 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 제외, 이하 같습니다)이란 다음 각 호와 같습니다.
1. 첫 번째 암(기타피부암 및 갑상선암 제외, 이하 같습니다) 진단확정일로부터 1년(12개월) 이후 3년(36개월) 미만
 첫 번째 암 진단확정일로부터 1년(12개월)이 지난 이후에, 첫 번째 암이 발생한 기관(〈붙임〉 기관(organ)분류표 참조, 이하 같습니다)과 ‘다른 기관에 전이된 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)’ 또는 ‘다른 기관에 새로운 암[이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외)]’이 진단확정 된 경우를 말합니다.
 2. 첫 번째 암 진단확정일로부터 3년(36개월) 이후
 첫 번째 암 진단확정일로부터 3년(36개월)이 지난 이후에 ‘재발된 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)’, ‘전이된 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)’ 또는 ‘새로운 암[이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외)]’이 진단확정 된 경우를 말합니다.

– 전이된 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)

첫 번째 암 진단확정시 존재하던 암종괴(Cancer Mass)와 조직학적 연속성이 없는(No Continuous Trail of Tumor Cells) 동일 암의 암종괴가 새롭게 진단확정 된 두 번째 암을 말합니다.

– 재발된 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)

- 가. 치료를 통해 몸에서 암세포를 제거한 후 첫 번째 암과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암이 다시 진단확정 되는 경우를 말합니다(단, 첫 번째 암 진단확정시 발견된 암세포 중 제거되지 못하고 남아 있는 암과 그 암의 증식은 재발된 암으로 인정하지 않습니다).
- 나. ‘ㄱ’에도 불구하고, 첫 번째 암의 진단시점의 검사에서 발견되지 않은 암세포에 대해서는 암세포 제거 여부에 관계없이 재발된 암으로 인정합니다.
- 다. ‘ㄱ’의 암세포의 제거는 임상적 소견, 영상검사 및 병리조직 검사 등 통상적인 검사방법으로 확인하는 것을 말합니다.

– 새로운 암 [이차원발암(기타피부암 및 갑상선암 제외)]

원발 부위에 발생한 암으로 첫 번째 암과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암을 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 보장에서 제외합니다.
1. 첫 번째 암 진단확정일로부터 1년(12개월) 이후 3년(36개월) 미만
 - 가. 첫 번째 암 진단확정일로부터 1년(12개월) 미만에 암이 진단확정 된 경우
 - 나. 첫 번째 암으로 진단확정 된 기관과 같은 기관에 암이 진단확정 된 경우
 - 다. 첫 번째 암으로 진단확정 된 기관이 두 개 이상(예: 첫 번째 암이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정 된 경우)인 경우, 그 기관들과 같은 기관들(예: 위 및/또는 간)에만 암이 진단확정 된 경우
 - 라. 첫 번째 암으로 인하여 ‘중피성 및 연조직(〈붙임〉 기관(organ)분류표 참조)’에 침윤 또는 전이(Metastasis)된 경우
 - 마. 첫 번째 암으로 인하여 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계(〈붙임〉 기관(organ)분류표 참조)’에 침윤 또는 전이(Metastasis)된 경우
 - 바. 첫 번째 암이 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계(〈붙임〉 기관(organ)분류표 참조)’의 암(예: 백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정 되고, 두 번째 암이 다시 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계(〈붙임〉 기관(organ)분류표 참조)’의 암으로 진단확정 된 경우
 2. 첫 번째 암 진단확정일로부터 3년(36개월) 이후
 - 가. 첫 번째 암 진단확정일로부터 3년(36개월) 미만에 두 번째 암이 진단확정 된 경우 (단, 첫 번째 암 진단확정일로부터 1년(12개월) 이후 제1항 제1호에서 정한 두 번째 암으로 진단확정 된 경우에는 보장하

다)

나. 첫 번째 암으로 인하여 ‘중피성 및 연조직(〈붙임〉 기관(organ)분류표 참조)’에 침윤된 경우

다. 첫 번째 암으로 인하여 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계(〈붙임〉 기관(organ)분류표 참조)’에 침윤된 경우

- ③ 두 번째 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상질병명	분류번호
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. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(일차성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

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

아래의 “분류번호 예시”는 제 6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)에서 명명된 각 개별 기관에 발생하는 악성신생물(암)을 예시한 것입니다.

개별 기관(organ) 분류	분류번호 예시	대분류
1. 입술	C00	입술, 구강 및 인두
2. 혀(혀바닥, 혀의 기타 부위)	C01, C02	
3. 잇몸	C03	
4. 입바닥	C04	
5. 구개	C05	
6. 기타 구강 부위 및 ‘입술, 구강 및 인두’ 내 기타 기관	C06, C14	
7. 귀밑샘	C07	
8. 기타 주침샘	C08	
9. 편도	C09	
10. 인두(입인두, 비인두, 이상동, 하인두 포함)	C10, C11, C12, C13	
11. 식도	C15	소화기관
12. 위	C16	
13. 소장	C17	
14. 직결장(직장구불결장 이행부 포함) 및 ‘소화기관’ 내 기타 기관	C18, C19, C20, C26(C26.1 제외)	
15. 항문 및 항문관	C21	
16. 간 및 간내 담관	C22	
17. 담낭	C23	
18. 기타 담도 부위	C24	
19. 췌장	C25	
20. 비강 및 중이	C30	호흡기 및 흉곽내 장기
21. 부비동	C31	
22. 후두	C32	
23. 기관	C33	
24. 기관지 및 폐 및 ‘호흡기 및 흉곽내 장기’ 내 기타 기관	C34, C39	
25. 흉선	C37	

개별 기관(organ) 분류	분류번호 예시	대분류
26. 심장, 종격 및 흉막	C38	호흡기 및 흉곽내 장기
27. 뼈 및 관절연골	C40, C41	뼈 및 관절연골
28. 피부	C43, C44	피부
29. 종피, 말초 신경 및 자율 신경 부위, 후복막 및 복막, 기타 결합 및 연조직	C45, C47, C48, C49	종피성 및 연조직
30. 유방	C50	유방
31. 외음	C51	여성 생식기관
32. 질	C52	
33. 자궁(자궁경부, 자궁체부, 기타 자궁부위) 및 '여성 생식기관'내 기타 기관	C53, C54, C55, C57	
34. 난소	C56	
35. 태반	C58	
36. 음경	C60	남성 생식기관
37. 전립선 및 '남성 생식기관'내 기타 기관	C61, C63	
38. 고환	C62	
39. 콩팥(신장), 신우 및 '요로' 내 기타 기관	C64, C65, C68	요로
40. 요관	C66	
41. 방광	C67	
42. 눈 및 눈부속기	C69	눈, 뇌 및 중추신경계
43. 수막	C70	
44. 뇌	C71	
45. 척수, 뇌신경 및 기타 중추신경 부위	C72	
46. 갑상선	C73	내분비선
47. 부신	C74	
48. 기타 내분비선	C75	
49. 비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	C81-C96, C26.1, D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5	비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계

주 1) 상기 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97), 회사는 암으로 진단 확정된 '기관(organ)'을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해, 이 상품에서 정의하는 '기관(organ) 분류표'에 있는 각 개별 '기관(organ)'으로 분류합니다.

주 2) 상기 분류번호 예시 중 C44 와 C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.

주 3) 인체 내에 두 개 이상 존재하는 기관인 경우, 제 6차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ) (예: 좌측 및 우측 유방, 콩팥(신장), 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 '기관(organ)'으로 분류합니다.

주 4) 제 7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서, 상기 "분류번호 예시" 이외에 개별 '기관(organ)'에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.

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

분류항목	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

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

〈표8〉 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

부록 I 184

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상악성신생물(암)	분류번호
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. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(일차성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- 1 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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

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

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

약관에서 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3, D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술

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

구분	수술명	수술종류
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관(血管)관혈수술(하지정맥류 및 손가락 발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락 발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 동반하는 것]	4
	26. 심장내(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기 (人工心搏調律機, Artificial pace-maker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선(耳下腺, 귀밑샘) 절제수술	3
	31-1. 악하선(顎下腺, 턱밑샘), 설하선(舌下腺, 혀밑샘) 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선(唾液腺) 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(脾臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂) 절제술(충수염(맹장염) 관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술. [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈 근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛, 항문탈출증), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신중절 수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도(尿道) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자(受容者)에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물질제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	51. 음낭(陰囊) 관혈수술	1
	52. 자궁(子宮), 난소(卵巢), 난관(卵管) 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2

구분	수술명	수술종류
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신중절 수술은 제외함)	53. 경질적 자궁·난소·난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합 니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膺脫) 근본수술	1
내분비계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜内外) 관혈수술	3
시각기(視覺器)의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症) 수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管) 형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막(角膜), 결막(結膜), 공막(鞏膜) 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房)·홍채(虹彩)·유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합 니다.]	2
	73. 레이저(Laser) 에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합 니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합 니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋) 관혈수술	1

구분	수술명	수술종류
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳, 속귀) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물 주입 요법은 포함 하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(주) 상기 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous, 피부를 통한)수술은 88항을 적용합니다.

다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다

II. 악성신생물(암) 치료목적의 수술

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

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

III. 악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술종류
1. 악성신생물(암) 근치 방사선 조사 [5,000Rad(50Gy, 10mci) 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

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

〈1~5종 수술분류표 사용 지침〉

1. “수술”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 보험대상자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조 [의료기관]에 규정한 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 〈1~5종 수술분류표〉에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 적제(摘除, 완전히(통째로) 잘라서 들어내는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)]을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들어오는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑, 일부분(불필요한 부분만) 적절하게 끊는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. ‘관혈(觀血)’수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’혹은 ‘근치(根治)’수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물(암) 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것), 적제(摘除, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. 〈1~5종 수술분류표〉 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
 〈1~5종 수술분류표〉에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - 1) 〈1~5종 수술분류표〉상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 〈1~5종 수술분류표〉상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피(피부를 통한)적 수술인 경우에는 〈1~5종 수술분류표〉중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 88항 (악성신생물(암)의 경우는 ‘악성신생물(암) 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife)정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사선 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술·신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊)목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

〈표12〉 뇌출혈 분류표

〈표13〉 급성심근경색증 분류표

표12. 뇌출혈 분류표

약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

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

표13. 급성심근경색증 분류표

약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

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

〈표14〉 재해골절(치아파절 제외) 분류표

부록 I 194

약관에서 규정하는 재해골절(치아파절 제외)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 위팔의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위의 골절	S62
8. 대퇴골의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 여러 신체부위의 골절	T02
12. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
13. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
14. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
15. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

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

약관에 규정하는 "여성생식기암"으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51- C58
외음의 악성신생물(암)	C51
질의 악성신생물(암)	C52
자궁목의 악성신생물(암)	C53
자궁체의 악성신생물(암)	C54
상세불명 자궁 부위의 악성신생물(암)	C55
난소의 악성신생물(암)	C56
기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C57
태반의 악성신생물(암)	C58

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

〈표16〉 유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제수술 분류표

부록 I 196

약관에 규정하는 유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 “유방절제수술”이란 “유방암” 및 “유방의 제자리암”으로 인한 유방절제수술로서(최초 1회한), 국제의료행위 분류표(ICD, 9) 상 다음에 해당하는 수술을 말합니다.

수술코드	명칭
85.2	유방 조직의 절제 또는 파괴(Excision or Destruction of Breast Tissue)
85.20	유방 조직의 절제 또는 파괴, 달리 명시되지 않은 (Excision or Destruction of Breast Tissue, Not Otherwise specified)
85.21	유방 병변의 국소 절제(Local Excision of Lesion of Breast)
85.22	유방 사분부의 절제(Resection of Quadrant of Breast)
85.23	아전 유방절제술(Subtotal Mastectomy)
85.24	이소성 유방조직의 절제(Excision of Ectopic Breast Tissue)
85.25	유두의 절제(Excision of Nipple)
85.33	동시에 삽입물이 동반된 한쪽 피부밑 유방절제술 (Unilateral Subcutaneous Mammectomy with Synchronous Implant)
85.34	기타 한쪽 피부밑 유방절제술(Other Unilateral Subcutaneous Mammectomy)
85.35	동시에 삽입물이 동반된 양쪽 피부밑 유방절제술 (Bilateral Subcutaneous Mammectomy with Synchronous Implant)
85.36	기타 양측 피부밑 유방절제술(Other Bilateral Subcutaneous Mammectomy)
85.4	유방절제술(Mastectomy)
85.41	한쪽 단순 유방절제술(Unilateral Simple Mastectomy)
85.42	양쪽 단순 유방절제술(Bilateral Simple Mastectomy)
85.43	한쪽 확대 단순 유방절제술(Unilateral Extended Simple Mastectomy)
85.44	양쪽 확대 단순 유방절제술(Bilateral Extended Simple Mastectomy)
85.45	한쪽 근치적 유방절제술(Unilateral Radical Mastectomy)
85.46	양쪽 근치적 유방절제술(Bilateral Radical Mastectomy)
85.47	한쪽 확대 근치적 유방절제술(Unilateral Extended Radical Mastectomy)
85.48	양쪽 확대 근치적 유방절제술(Bilateral Extended Radical Mastectomy)

※ “유방암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, “유방의 제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.

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

약관에 규정하는 부인과질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준·질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
유방의 장애	
1. 양성 유방 형성이상	N60
2. 유방의 염증성 장애	N61
3. 유방의 비대	N62
4. 유방의 상세불명의 소괴	N63
5. 유방의 기타장애	N64
여성 골반내 기관의 염증성 질환	
6. 자궁관염 및 난소염	N70
7. 자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
8. 자궁목의 염증성 질환	N72
9. 기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
10. 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
11. 바르톨린샘의 질환	N75
12. 질 및 외음부의 기타 염증	N76
13. 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양	N77
여성 생식기관의 비염증성 장애	
14. 자궁내막증	N80
15. 여성 생식기 탈출	N81
16. 여성 생식기를 포함한 셋길(누공)	N82
17. 난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
18. 여성 생식기의 폴립	N84
19. 경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
20. 자궁목의 미란 및 외반증	N86
21. 자궁목의 형성이상	N87
22. 자궁목의 기타 비염증성 장애	N88

분류항목	분류번호
23. 질의 기타 비염증성 장애	N89
24. 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
25. 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
26. 과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
27. 기타 이상 자궁 및 질출혈	N93
28. 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
29. 폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
비뇨생식계통의 기타장애	
30. 달리 분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애	N99
양성 신생물	
31. 유방의 양성신생물	D24
32. 자궁의 평활근종	D25
33. 자궁의 기타 양성신생물	D26
34. 난소의 양성신생물	D27
35. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성신생물	D28
행동양식 불명 또는 미상의 신생물	
36. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39

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

※ 습관유산자(N96), 여성불임(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98)은 보장 대상에서 제외됩니다.

신용정보 제공·활용에 대한 고객권리 안내문을 반드시 확인하시고 각종 서비스를 이용하시기 바랍니다.

저희 푸르덴셜생명은 고객 중심 경영의 가치 아래 고객의 개인정보를 무엇보다 중요하게 생각하고, 고객의 개인정보를 보호하기 위하여 최선의 노력을 하고 있으며, 관련 법률보다 강화된 개인정보 관리·보호 대책을 수립하여 지속적으로 운영하고 있습니다.

I. 금융서비스 이용 범위

- 가. 고객의 개인신용정보는 보험계약의 체결, 유지관리 및 보험모집질서 유지 등의 목적 또는 공공기관의 정책 자료 제공 및 고객이 동의한 목적으로만 이용됩니다.
- 나. 고객은 라이프플래너®, 대리점 등을 통해 보험계약을 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴, 부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스로 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴, 부가서비스 및 신상품, 서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

II. 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 생명보험협회, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우, 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

－ 신청방법

당사 전화 : 대표전화 1588-3374, 080-928-3838

서면 신청 : 푸르덴셜생명 본사 고객센터센터 또는 각 Agency

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

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

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

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

－ 신청방법

당사 전화 : 대표전화 1588-3374, 080-928-3838

당사 인터넷 : www.prudential.co.kr

서면 신청 : 푸르덴셜생명 본사 고객센터센터 또는 각 Agency

－ 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

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

－ 신청방법

당사 전화 : 대표전화 1588-3374, 080-928-3838

당사 인터넷 : www.prudential.co.kr

서면 신청 : 푸르덴셜생명 본사 고객센터센터 또는 각 Agency

마. 본인정보의 무료 열람 요구

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

－ 연락처

한국신용정보(주) : 02-2144-4000 www.nice.co.kr

한국신용평가정보(주) : 02-3771-1000 www.kisinfo.com

서울신용평가정보(주) : 02-3445-5000 www.sci.co.kr

코리아크레딧뷰로(주) : 02-708-6000 www.koreacb.com

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

－ 연락처

당사 고객 신용정보관리·보호인 연락처 및 주소

: 02-2144-2008/서울특별시 강남구 강남대로 298 푸르덴셜타워 21F 푸르덴셜생명 임원실

생명보험협회 개인신용정보 보호담당자 연락처 및 주소

: 02-2262-6604/서울시 중구 충무로 3가 60-1 극동빌딩 16층

금융감독원 개인신용정보 보호담당자 연락처 및 주소

: 02-3415-5114/서울시 영등포구 여의대로 97번지 금융감독원