

[목 차]

● 무배당 하나원샷질병치료보험 약관	3
● 무배당 하나암보장특약 약관	47
● 무배당 하나생활질환보장특약 약관	59
● 무배당 하나입원특약 약관	73
● 무배당 정기특약 약관	83
● 무배당 하나 CI 보장특약 약관	91
● 특별조건부특약 약관	103
● 특별조건부인수특약 약관	107

무배당

원샷질병치료보험 약관

<<가입자 유의사항>>

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등은 보험설계사에게 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 갱신/부활

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

○ 해약환급금

- 보험계약을 중도 해약시 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해약시에는 적립금에서 이미 지출한 사업비 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 특정질병

- 암, CI 보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않은 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

○ 입원

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

○ 재해·상해

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해 관련 보험금이 지급되지 않습니다.
(상품설명서 본문의 ‘실제사례’를 반드시 확인하시기 바랍니다.)

○ 암보험

- 보험계약일로부터 90 일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90 일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 180 일, 1 년, 2 년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

<<주요내용 요약서>>

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 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.

2. 계약전 알릴의무

보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필 서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신 수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

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

3. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

4. 청약철회

보험계약자는 청약한 날 또는 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 15 일 이내에 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 즉시 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

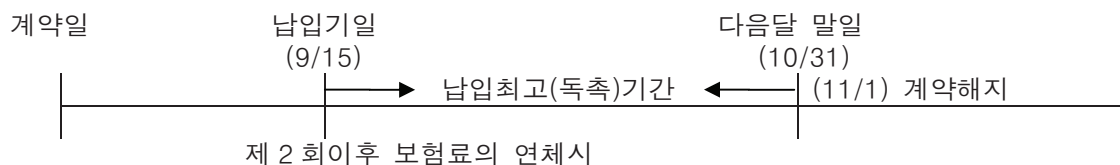
5. 계약취소

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니한 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

[보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)]



7. 계약의 소멸

이 보험계약의 피보험자(보험대상자)의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

8. 해지계약의 부활(효력회복)

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

<<보험용어 해설>>

○ 보험약관

생명보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권(보험가입증서)

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 보험수익자(보험금을 받는 자)

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

○ 보험금

피보험자(보험대상자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 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, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금

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

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 하나원샷질병치료보험 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지	11
제 1 조 【보험계약의 성립】	
제 2 조 【청약의 철회】	
제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】	
제 4 조 【계약의 무효】	
제 5 조 【계약내용의 변경】	
제 6 조 【계약자의 임의해지】	
제 7 조 【계약의 소멸】	
제 8 조 【보험나이】	
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	13
제 9 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일】	
제 10 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】	
제 11 조 【보험료의 자동대출납입】	
제 12 조 【보험료의 납입 연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	
제 13 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】	
제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	14
제 14 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】	
제 15 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】	
제 16 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】	
제 17 조 【“성인질환”의 정의 및 진단확정】	
제 18 조 【“재해골절(치아파절 제외)”의 정의 및 진단 확정】	
제 19 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】	
제 20 조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제 21 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제 22 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	
제 23 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】	
제 24 조 【해약환급금】	
제 25 조 【배당금의 지급】	
제 26 조 【소멸시효】	
제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등	19
제 27 조 【계약전 알릴의무】	
제 28 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】	
제 29 조 【계약취소권의 행사제한】	
제 5 관 보험금 지급 등의 절차	20
제 30 조 【주소변경 통지】	
제 31 조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】	
제 32 조 【대표자의 지정】	
제 33 조 【보험금 지급사유의 발생통지】	
제 34 조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제 35 조 【보험금 등의 지급】	
제 36 조 【보험금 받는 방법의 변경】	

- 제 37 조 【계약내용의 교환】
- 제 38 조 【보험계약대출】

제 6 관 분쟁조정 등22

- 제 39 조 【분쟁의 조정】
- 제 40 조 【관할법원】
- 제 41 조 【약관의 해석】
- 제 42 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
- 제 43 조 【회사의 손해배상책임】
- 제 44 조 【준거법】
- 제 45 조 【예금보험에 의한 지급보장】

무배당 하나원샷질병치료보험 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.(이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 “무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나, 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

【예정이율】

생명보험의 보험료 산출에 사용되는 요소 중 하나입니다. 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 생명보험회사에서는 이 기간 동안 기대되는 자산운용수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인율을 말합니다. 일반적으로 예정이율을 높게 잡으면 보험료는 상대적으로 싸게 되며, 반대의 경우는 비싸게 됩니다.

제 2 조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 계약자보관용 청약서를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 계약자보관용 청약서를 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 계약자보관용 청약서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제 1 항에 의해 제공될 약관 및 계약자보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 10 호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한

확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 사망 또는 장애를 보장하지 아니하는 보험계약의 경우
2. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 보험계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 보험계약의 경우
3. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 법정상속인인 보험계약의 경우
4. 신용생명보험계약의 경우
5. 보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험금이 비영리법인에게 기부되는 보험계약의 경우

④ 제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 4 조 【계약의 무효】

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 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.

제 5 조 【계약내용의 변경】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제 1 항 제 4 호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 24 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제 1 항 제 5 호에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 24 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 조 【계약의 소멸】

① 이 계약에서 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

② 제 1 항 및 제 31 조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정) 에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(별표 9 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제 8 조 【보험나이】

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제 4 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일) : 2009 년 4 월 13 일
⇒ 2009 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 20 년 6 월 11 일 = 21 세

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나, 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제 1 회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봄)
- ② 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드 납입으로 할 때 사용한 카드가 유효기간이 경과한 카드, 위조된 카드, 변조된 카드, 무효 또는 거래정지를 받은 카드 등 기타사유로 신용카드 회사로부터 대금이 지급되지 않는 카드인 경우에는 이 보험 계약의 보장개시일로 소급하여 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 1. 제 28 조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제 27 조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ⑤ 청약서에 피보험자(보험대상자)의 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 아니합니다.
- ⑥ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 제 14 조(“암” 및 “기타 피부암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”으로 인한 보험료 납입면제에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

제 10 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 11 조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제 38 조(보험계약대출) 제 1 항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(당해보

험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1 년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제 1 항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1 개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제 24 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 12 조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때(자동이체 납입 및 신용카드 납입의 경우에는 계약자의 귀책사유로 보험료가 납입되지 아니한때)에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제 3 항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에 불구하고 회사가 방문수금을 이행하지 않은 경우 또는 납입통지서(지로 등)를 드리지 않은 경우, 자동이체를 신청하지 않은 경우 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3 개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제 1 항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체 하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15 일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제 1 항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제 2 회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자) 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15 일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제 24 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 13 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활(효력회복)】

① 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 1 조(보험계약의 성립) 제 2 항 및 제 3 항, 제 9 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제 27 조(계약전 알릴의무), 제 28 조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제 29 조(계약취소권의 행사제한)을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 14 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외))”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 15 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3 “뇌출혈 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 단, 일과성 대뇌 허혈성 발작(TIA) 및 관련증후군, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 16 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 4 “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 17 조 【“성인질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “성인질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 5 “성인질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “성인질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 18 조 【“재해골절(치아파절 제외)”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 계약에 있어서 “재해골절(치아파절 제외)”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 별표 6 “재해골절(치아파절 제외) 분류표”에서 정하는 재해골절(이하 “재해골절”이라 합니다) 진단을 받은 경우를 말합니다.
- ② “재해골절”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 19 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

- ① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해(별표 8 “질병 및 재해분류표”에서 정한 질병(“성인질환”을 포함합니다) 또는 재해를 말하며, 이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 성인질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 「생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(摘除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것」을 말하며, [흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]」

또는 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 별표 10 “수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표”에서 정한 행위 「생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(摘除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, [흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]」를 하는 것을 말합니다.

제 20 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 제 9 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기축하금(만기환급형에 한함)
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 : 해당 진단비(단, 1 년미만 진단 확정시 해당 진단비의 50% 지급하며, 각각 최초 1 회에 한함)
3. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 성인질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술 받았을 때 또는 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 : 해당 수술비(단, 1 년미만 성인질환 수술시 해당 수술비의 50% 지급)
4. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 성인질환이나 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원 하였을 때 : 해당 입원비
5. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장애분류표(별표 7 “장애분류표” 참조, 이하 같습니다)에서 정한 장애지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 해당 재해장애급여금
6. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외)상태가 되었을 때 : 재해골절 치료비(단, 동일재해에 의한 경우 1 회에 한함)

제 21 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 계약의 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일 전일 이전에 암 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
- ② 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5 년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 제 2 항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5 년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5 년이 경과한 이후에는 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제 3 항의 “청약일 이후 5 년을 경과하는 동안”이라 함은 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제 13 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제 2 항의 보험계약 청약일로 하여 제 2 항 내지 제 4 항을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 보장기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 진단비를 추가로 지급합니다.
- ⑦ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 수술에 해당하는 경우 회사는 피보험자(보험대상자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

- ⑧ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 성인질환으로 인한 수술비 지급사유 발생시 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근처 방사선 조사 분류표에서 정한 수술시에 받는 수술비도 추가로 지급하여 드립니다.
- ⑨ 제 7 항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ⑩ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 성인질환으로 인한 입원비 지급사유 발생시 질병으로 인한 입원비를 추가로 지급하여 드립니다.
- ⑪ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 하며, 피보험자(보험대상자)가 동일 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2 회 이상 하였을 때 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 120 일을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 지나 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑫ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제 11 항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ⑬ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호에서 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑭ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑮ 제 1 항 및 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 장해지급률이 재해일부부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑯ 제 15 항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부부터 2 년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑰ 제 1 항 및 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑱ 제 1 항 및 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑲ 제 1 항 및 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.
- ⑳ 제 1 항 및 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 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.
- ㉑ 제 20 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ㉒ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호에 규정한 재해장해급여금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ㉓ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호에 있어서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 22 항에 규정하는 장해의 상태가 발생하였을 때에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
 2. 제 1 호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장애
- ②④ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ②⑤ 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 6 호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 재해로 인하여 2 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1 회만 지급하며, 의학 적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 아니합니다.
- ②⑥ 제 1 항에도 불구하고 계약자는 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 전에 암으로 진단이 확 정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90 일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 22 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
그러나, 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태 에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보 험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익 자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
- ② 제 1 항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지 는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제 23 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 피보험자(보험대상자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 내지 제 6 호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제 24 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방 법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 25 조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 26 조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 책임준비금 청구권은 2 년간 행사하지 아니 하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2 년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 27 조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 그러나, 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【사례】

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급되지 않을 수 있습니다.

제 28 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제 27 조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제 1 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 경우에는 계약전 알릴의무 위반 사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 “반대 증거가 있는 경우 이익을 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

④ 제 1 항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제 27 조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 1 항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

【계약전 알릴의무】

상법 제 651 조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자(보험대상자)는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 29 조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때에는 민법 제 110 조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니 합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5 년 이내(사기사실을 안 날부터는 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제 30 조 【주소변경 통지】

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 31 조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제 2 호 내지 제 6 호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 하며, 피보험자(보험대상자)의 사망시는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 합니다.

제 32 조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2 인 이상인 경우에는 각 대표자 1 인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1 인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2 인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 33 조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 34 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 암진단서, 진단서(뇌출혈, 급성심근경색증, 성인질환, 재해골절), 입원치료확인서, 수술증명서, 퇴원증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 35 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 34 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금등을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7 일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(별표 11 “보험금 지급시의 적립이율 계산” 참조)과 같습니다.

③ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제 28 조(계약전 알릴의 무 위반의 효과) 및 제 1 항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

⑤ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3 의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “제 3 의 의사”는 의료법에서 정하는 종합병원에 소속된 의사중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

⑥ 이 약관에 의한 책임준비금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산합니다.

【영업일】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 36 조 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 20 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 장애급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제 37 조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제 23 조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제 12 조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 질병에 관한 정보

제 38 조 【보험계약대출】

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

② 계약자는 제 1 항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

제 6 관 분쟁조정 등

제 39 조 【분쟁의 조정】

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

제 40 조 【관할법원】

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

제 41 조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해
석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제 42 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계
약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는
계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 43 조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해
에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 44 조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 45 조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 500 만원]

급부명	지급사유	지급액
진 단 비 (제20조제2호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정 되었을 때(각각 최초 1 회에 한함)	1,000 만원 (단, 1 년미만 진단 확정시 50% 지급)
수 술 비 (제20조제3호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표 에서 정한 수술을 받았을 때 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 성인 질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표 에서 정한 수술시에 받는 수술비에 추가 지급됨)	1 종 : 수술 1 회당 10 만원 2 종 : 수술 1 회당 30 만원 3 종 : 수술 1 회당 50 만원 4 종 : 수술 1 회당 100 만원 5 종 : 수술 1 회당 300 만원 성인질환 1 형 : 수술 1 회당 300 만원 성인질환 2 형 : 수술 1 회당 100 만원 (단, 1 년미만 수술시 50% 지급)
입 원 비 (제20조제4호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 성인 질환의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때(질병 또는 재해로 인한 입원비에 추가 지급됨)	3 일초과 1 일당 1 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도) 성인질환 1 형:3 일초과 1 일당 3 만원 성인질환 2 형:3 일초과 1 일당 2 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)
재해장해 급여금 (제20조제5호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장애분류표에서 정한 장애지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때	5,000 만원 × 해당 장애지급률
재해골절 치료비 (제20조제6호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때	재해골절 1 회당 20 만원
만기 축하금 (제20조제1호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때(만기환급형에 한함)	이미 납입한 보험료의 100%

- (주) 1. 이 계약의 암(기타피부암 제외)보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 보험료납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
4. 성인질환으로 인한 수술비 지급사유 발생시 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술시에 받는 수술비도 추가로 지급하여 드립니다.
5. 성인질환으로 인한 입원비 지급사유 발생시 질병으로 인한 입원비를 추가로 지급하여 드립니다.
6. “성인질환”이라 함은 “성인질환 1형”과 “성인질환 2형”에 해당되는 질병을 말합니다.
- ▷ 성인질환 1형 : 뇌혈관질환, 특정심질환, 간질환, 당뇨병, 콩팥(신장)의 기능상실
- ▷ 성인질환 2형 : 급성류마티스열, 고혈압성질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상샘의 장애, 결핵 및 결핵의 후유증, 담낭염(쓸개염)

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 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 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69 - C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C73 - C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 - C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성)혈소판 증가증	D47.3
20. 림프종모양 구진증	L41.2

- (주) 1. 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다

(별표 3)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 ‘뇌출혈’로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

(주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

(주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

성인질환 분류표

약관에 규정하는 ‘성인질환’으로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
1 형	1. 뇌혈관 질환	I60~I69
	2. 특정 심질환	
	만성류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	3. 간질환	
	바이러스간염	B15~B19
	간의질환	K70~K77
	4. 당뇨병	E10~E14
2 형	5. 콩팥(신장)의 기능상실	N17~N19
	1. 급성류마티스열	I00~I02
	2. 고혈압성질환	I10~I13, I15
	3. 위궤양 및 십이지장궤양	K25~K27
	4. 갑상샘의 장애	E00~E07
	5. 결핵 및 결핵의 후유증	A15~A19, B90
	6. 담낭염	K81

(주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 ‘재해골절(치아파절 제외)’로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5 는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
4. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
8. 넓적다리뼈의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 다발성 신체부위의 골절	T02
12. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
13. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
14. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
15. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

(주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

장애분류표

■■■ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 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 치유시 장애 회복의 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 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·복부 장기 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 관찰방법에 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 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

■■■ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) " " 0.06 "	25
5) " " 0.1 "	15
6) " " 0.2 "	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 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 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 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 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 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 피보험자(보험대상자)에 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

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1)코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 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. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 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 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(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 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 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 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 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 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
 - ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm (1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm (1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6 cm (1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)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

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정 한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정 한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정 한 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35°이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20°이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15°이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형 장애로 평가하지 아니한다.

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

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20°이상인 경우
- 3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20°이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 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 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

- 다) “뚜렷한 장애”라 함은
해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 라) “약간의 장애”라 함은
해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 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 부정 유합된 각 변형이 15°이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 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 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 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 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 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 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1 손가락 마다)	10
4) 한손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 손가락 마다)	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 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 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 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 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) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1 발가락마다)	5
5) 한발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 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 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능 영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 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) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 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) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 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 타해의 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 5 점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4 점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3 점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2 점	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 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 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 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위 내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 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 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 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 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 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 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 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 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방박을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방박을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker 를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르 고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상 태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전 적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분 적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물 을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화 장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움 이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2 시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교 육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 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 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있 는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올 리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표 8)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- 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 알콜중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주) () 안은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2007-4 호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제 6 차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2 의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 9)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병사인분류(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(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 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2007-4 호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제 6 차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2 의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 10)

수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술 분류표>

1. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술 명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식술(移植術) (25cm ² 미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치에 수반하는 것을 제외함]	3. 골(骨)이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 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]	3종
	6. 비골(鼻骨, 코뼈) 관혈수술 [비중격 만곡증(灣曲症)수술, 수면중 무호흡수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 하악골(下顎骨, 아래턱뼈), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(脊椎骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨, 어깨뼈), 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 복장뼈) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
	12. 사지골(四肢骨, 팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱, 힘줄), 인대(靱帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫)수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty)·혈관우회술(迂迴術, bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心腸內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工深博調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍, 귀밑샘종양) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위·식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종

	34. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것] 37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함) 38. 담도계 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L)[시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 39. 탈장(脫腸) 근본수술 40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術) 41. 직장탈(直腸脫)근본수술 42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛, 항문탈출증), 치핵(痔核) 근본수술[근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	4종 3종 5종 5종 2종 1종 2종 2종 4종 1종
비뇨기계, 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎臟), 요관(腎盂) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외함] 45. 방광(膀胱) 관혈수술[경요도적조작은 제외함] 46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함] 47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L)[시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 48. 요도협착(經尿狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함] 49. 요루폐쇄(尿瘻閉鎖, Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함] 50. 음경(陰莖) 절단술 51. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술 52. 음낭수종(陰囊手腫) 근본수술 53. 자궁(子宮) 전(全)절제술 54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術) 55. 제왕절개술(帝王切開術) 56. 자궁외 임신(子宮外 妊娠)수술 57. 자궁탈(子宮脫)·질탈(膺脫)근본수술 58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工妊娠中絶術)은 제외함] 59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經腔的)조작은 제외함] 60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	4종 2종 5종 2종 3종 3종 3종 2종 1종 2종 1종 1종 1종 2종 1종 2종 2종 2종 1종
내분비계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적 적제술 62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술 63. 부신(副腎) 전(全)적제술	5종 3종 4종
신경계의 수술	64. 두개내(蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것] 65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術) 66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術) 67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	5종 2종 4종 3종
시각기(視覺器)의 수술	68. 안검하수증(眼瞼下垂症) 수술 69. 누소관(淚小管)형성술 70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術) 71. 결막낭(結膜囊) 형성술 72. 각막(角膜) 이식술 73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術) 74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術) 75. 녹내장((綠內障) 관혈수술	1종 2종 2종 2종 2종 2종 2종 2종 3종

	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술 77. 초자체(硝子體) 관혈수술 78. 망막박리(網膜薄利) 수술 79. 레이저(Laser)·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 80. 안구적제술, 조직충전술(組織充填術) 81. 안와종양(眼窩腫瘍) 적출술 82. 안근(眼筋)이식술	1종 2종 2종 2종 3종 3종 2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외] 84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy) 85. 만성중이염 중이(中耳, 가운데귀) 근본수술 86. 내이(內耳, 속귀) 관혈수술 87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	3종 1종 2종 3종 5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術) 89. 상기 이외의 개흉술(開胸術) 90. 상기 이외의 개복술(開腹術) 91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(피부를 통한) 수술 [시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 92-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	3종 3종 2종 3종 2종

(주) 상기 1-90 항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous, 피부를 통한)수술은 91 항을적용합니다.

II. 악성신생물(암) 치료 목적의 수술

수술 명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物, 암) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적(피부를 통한) 수술 등은 제외함]	5종
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물(암) 수술 [시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물(암) 수술 [시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암·경계성 종양에 대한 수술은 'I. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않음

<악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물(암) 근치 방사선 조사 [5,000Rad 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]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함
2. 고식적(姑息的), 보조적(補助的)·근치 목적 이외의 정위적 방사선 조사는 제외함

(수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침)

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)가 피보험자(보험대상자) 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(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 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물(암) 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준.
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여 치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간중 시술 개시일로부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(피부를 통한) 수술인 경우에는 <수술분류표>중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 91 항(악성신생물(암)의 경우는 ‘악성신생물(암) 치료목적의 수술’ 2 항)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 악성 신생물을 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 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개(頭蓋)강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊)목적의 수술
 - 3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡 検査) 등]

(별표 11)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 35 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간		적립이율
보험금 (제 20 조 제 2 호 내지 제 6 호) 및 피보험자(보험대상자) 사망당시의 책임준비금(제 7 조 제 1 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
만기축하금 (제 20 조 제 1 호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제 24 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 26 조)가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당
하나암보장특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 하나암보장특약 약관

제1관 특약의 성립과 유지	49
제 1조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	
제 3조 【특약의 보장개시일】	
제 4조 【특약의 무효】	
제 5조 【특약내용의 변경】	
제 6조 【계약자의 임의해지】	
제 7조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】	
제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)	50
제 8조 【특약 보험료의 납입】	
제 9조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)	50
제11조 【“암”등의 정의 및 진단확정】	
제12조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】	
제13조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】	
제14조 【“입원”의 정의와 장소】	
제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제17조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	
제18조 【해약환급금】	
제4관 보험금 지급 등의 절차	53
제19조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제20조 【보험금 등의 지급】	
제5관 기타사항	54
제21조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나암보장특약 약관

제 1 관 특약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(피보험자(보험대상자)의 범위)에서 정하는 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제 2 조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)(이하 “피보험자(보험대상자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인(3 인, 多人)보장보험보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 경우에도 불구하고 제 11 조(암 등의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다. (이하 “암 보장개시일”이라 합니다)

제 4 조 【특약의 무효】

피보험자(보험대상자)가 계약일로부터 제 3 조(특약의 보장개시일) 제 2 항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제 11 조(암 등의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제 5 조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 18 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 18 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의 납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 18 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금 지급합니다.

제 10 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11 조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】

① “암” 및 “기타 피부암”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2 (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2. 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

② “상피내암”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3 (상피내의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “상피내암”의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ “경계성종양”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 4 (행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “경계성종양”의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때

에는 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 5 (뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 단, 일과성 대뇌 허혈성 발작(TIA) 및 관련증후군, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 13 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 <별표 6> (급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 14 조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 15 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(<별표 1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되었을 때 : 해당 암진단비 (단, 1 년 미만 진단 확정시 해당 진단비의 50%를 지급하며, 각각 최초 1 회에 한함)
2. 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 해당 암수술비
3. 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4 일 이상 계속하여 입원 하였을 때 : 해당 암입원비

제 16 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때, 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망

한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 암진단비를 지급하여 드립니다. 단, 암보장개시일 전일 이전에 암 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

③ 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

④ 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 암입원비 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 합니다.

⑤ 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 암, 기타 피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 더하여 제 4 항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암입원비의 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 지나 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑥ 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 피보험자(보험대상자)가 암입원비 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제 4 항의 규정에 따라 계속 암입원비를 지급하여 드립니다.

⑦ 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제 9 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑬ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑭ 제 1 항의 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.

⑮ 제 14 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5 년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑰ 제 16 항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5 년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약청약일로부터 5 년이 경과한 이후에는 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.

⑱ 제 17 항의 '청약일 이후 5 년을 경과하는 동안'이라 함은 제 9 조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑲ 제 10 조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제 16 항의 보험계약 청약일로 하여 제 16 항 내지 제 18 항을 적용합니다.

제 17 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
그러나, 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
- ② 회사는 제 1 항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 18 조 【해약환급금】

- ① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 19 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 뇌출혈 급성심근경색증), 수술 확인서, 입원증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우로서 피보험자(보험대상자)가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 피보험자(보험대상자) 또는 그 상속인의 동의서도 제출하여야 합니다.
- ③ 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 20 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 19 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 8>“보험금 지급시의 적립이율 계산”참고)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는

보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 지급할 수 있습니다.

【영업일】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 5 관 기타사항

제 21 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액
암 진 단 비 (제 15 조 제 1 호)	피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되었을 때 (최초 1 회에 한함)	1,000 만원 (단, 1 년미만 진단 확정시 50% 지급)
	피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되었을 때(각각 최초 1 회에 한함)	200 만원 (단, 1 년미만 진단 확정시 50% 지급)
암 수 술 비 (제 15 조 제 2 호)	피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	최초 수술시 : 300 만원 2 회 이후 수술 : 수술 1 회당 100 만원
	피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1 회당 30 만원
암 입 원 비 (제 15 조 제 3 호)	피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때	3 일 초과 1 일당 5 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)
	피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때	3 일 초과 1 일당 2 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)

- 주) 1. 이 특약의 암(기타피부암, 상피내암, 경계성종양 제외)보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때, 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외)

주보험의 (별표 2) “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외)”와 동일

(별표 3)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

(주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않는 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

- (주) 1. 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표 5)

뇌출혈 분류표

주보험의 (별표 3) “뇌출혈 분류표”와 동일

(별표 6)

급성심근경색증 분류표

주보험의 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”와 동일

(별표 7)

장해분류표

주보험의 (별표 7) “장해분류표”와 동일

(별표 8)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 20 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금(제 15 조 제 1 호 내지 제 3 호) 및 피보험자(보험대상자) 사망 당시의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 18 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급 기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당
하나생활질환보장특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 하나생활질환보장특약 약관

제 1 관 특약의 성립과 유지	61
제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2 조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	
제 3 조 【특약의 보장개시일】	
제 4 조 【특약내용의 변경】	
제 5 조 【계약자의 임의해지】	
제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】	
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	62
제 7 조 【특약보험료의 납입】	
제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】	
제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	62
제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】	
제 11 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】	
제 12 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】	
제 13 조 【“남성생활질환”의 정의 및 진단확정】	
제 14 조 【“여성생활질환”의 정의 및 진단 확정】	
제 15 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】	
제 16 조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제 17 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제 18 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	
제 19 조 【해약환급금】	
제 4 관 보험금 지급 등의 절차	65
제 20 조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제 21 조 【보험금 등의 지급】	
제 5 관 기타사항	65
제 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나생활질환보장특약 약관

제 1 관 특약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제 2 조(피보험자(보험대상자)의 범위)에서 정하는 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)(이하 “피보험자(보험대상자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인(3 인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 경우에도 불구하고 제 10 조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”으로 인한 보험료 납입면제에 대한 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다. (이하 “암보장개시일”이라 합니다).

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 19 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 19 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 19 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금 지급합니다.

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

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

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3 (뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 단, 일과성 대뇌 허혈성 발작(TIA) 및 관련증후군, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 12 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 4(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 13 조 【“남성생활질환”의 정의 및 진단확정】

- ① “남성생활질환”이라 함은 별표 5(남성비뇨기계질환 분류표), 별표 6(관절관련질환 분류표) 및 별표 7(백내장·중이(가운데귀)염·충수염(맹장염) 분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.
- ② “남성생활질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 14 조 【“여성생활질환”의 정의 및 진단 확정】

- ① “여성생활질환”이라 함은 별표 8(부인과질환 분류표), 별표 6(관절관련 질환 분류표) 및 별표 7(백내장·중이(가운데귀)염·충수염(맹장염) 분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.
- ② “여성생활질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 15 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 남성생활질환/여성생활질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 남성생활질환/여성생활질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 「생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(摘除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]」을 하는 것을 말합니다.

제 16 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(<별표 1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 남성생활질환/여성생활질환 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 수술비
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 남성생활질환/여성생활질환 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원 하였을 때 : 입원비

제 17 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때, 또는 장해분류표(<별표 9> “장해분류표” 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일 전일 이전에 암 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암 진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
- ② 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 하며, 피보험자(보험대상자)가 동일 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2 회 이상 하였을 때 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 더하여 120 일을 적용합니다. 그러나 동일

질병 또는 재해로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.

④ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑥ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급율이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제 6 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑧ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑩ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑪ 제 1 항의 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.

⑫ 제 11 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5 년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑭ 제 13 항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5 년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5 년이 경과한 이후에는 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.

⑮ 제 14 항의 “청약일 이후 5 년을 경과하는 동안”이라 함은 제 8 조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑯ 제 9 조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제 13 항의 보험계약 청약일로 하여 제 13 항 내지 제 15 항을 적용합니다.

제 18 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

② 회사는 제 1 항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 19 조 【해약환급금】

- ① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 20 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 진단서(암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 남성생활질환, 여성생활질환) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 21 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 20 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금 등을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산 (<별표 10> “보험금 지급시의 적립이율 계산” 참조)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

【영업일】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 5 관 기타사항

제 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
수 술 비 (제16조제1호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 남성생활 질환/여성생활질환 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1 회당 10 만원
입 원 비 (제16조제2호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 남성생활 질환/여성생활질환 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때	3 일 초과 1 일당 1 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)

- 주) 1. 이 특약의 암(기타피부암 제외) 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일 전일 이전에 암 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암 진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
4. 남성생활질환이라 함은 남성비뇨기계질환, 관절관련질환, 백내장·중이(가운데귀)염·충수염(맹장염)을 말합니다.
 ▷남성비뇨기계질환 : 사구체질환, 신세이뇨관-사이질성질환, 요로결석증, 콩팥(신장) 및 요관의 기타장애, 비뇨기계통의 기타질환, 전립선의 증식
 ▷관절관련질환: 감염성 관절병증, 염증성 다발성 관절병증, 관절증, 기타관절장애, 전신결합 조직장애, 골다공증
5. 여성생활질환이라 함은 부인과질환, 관절관련질환 및 백내장·중이(가운데귀)염·충수염(맹장염)을 말합니다.
 ▷ 부인과질환 : 유방의 장애, 여성 골반내 장기의 염증성 질환, 여성생식기의 비염증성 장애

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암 제외)

주보험의 (별표 2) “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외)”와 동일

(별표 3)

뇌출혈 분류표

주보험의 (별표 3) “뇌출혈 분류표”와 동일

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

주보험의 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”와 동일

(별표 5)

남성비뇨기계질환분류표

약관에 규정하는 ‘남성비뇨기계질환’은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행)에 의거 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목		분류번호
사구체 질환	1. 급성 신염 증후군	N00
	2. 급속 진행성 신염 증후군	N01
	3. 재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	4. 만성 신염 증후군	N03
	5. 신 증후군	N04
	6. 상세불명의 신염 증후군	N05
	7. 명시된 형태학적 병소를 동반한 고립성 단백뇨	N06
	8. 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	9. 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
신세뇨관 - 사이질성 질환	1. 급성 세뇨관 - 사이질성 신염	N10
	2. 만성 세뇨관 - 사이질성 신염	N11
	3. 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-사이질성 신염	N12
	4. 폐쇄성 및 역류성 요로병증	N13
	5. 약물 및 중금속 유발성 세뇨관-사이질성 및 세뇨관성 병태	N14
	6. 기타 신세뇨관 - 사이질성 질환	N15
	7. 달리 분류된 질환에서의 세뇨관 - 사이질성 장애	N16
요로 결석증	1. 콩팥(신장) 및 요관의 결석	N20
	2. 하부 요로의 결석	N21
	3. 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
	4. 상세불명의 콩팥(신장)의 산통	N23
콩팥(신장) 및 요관의 기타장애	1. 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	2. 상세불명의 콩팥(신장)의 위축	N26
	3. 원인미상의 작은 콩팥(신장)	N27
	4. 달리 분류되지 않은 콩팥(신장) 및 요관의 기타 장애	N28
	5. 달리 분류된 질환에서의 콩팥(신장) 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨기 계통의 기타질환	1. 방광염	N30
	2. 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
	3. 방광의 기타 장애	N32
	4. 달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	5. 요도염 및 요도 증후군	N34
	6. 요도 협착	N35
	7. 요도의 기타 장애	N36
	8. 달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	9. 비뇨기계통의 기타 장애	N39
전립선의 증식	1. 전립선의 증식	N40

주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

관절관련질환 분류표

약관에 규정하는 ‘관절관련질환’으로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목			분류번호
관 절 병 증	감염성 관절병증	1. 화농성 관절염	M00
		2. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
		3. 반응성 관절병증	M02
		4. 달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관 절병증	M03
	염증성 다발성 관절병증	5. 혈청검사 양성인 류마티스 관절염	M05
		6. 기타 류마티스 관절염	M06
		7. 건선성 및 장병증성 관절병증	M07
		8. 청소년성 관절염	M08
		9. 달리 분류된 질환에서의 청소년성 관절염	M09
		10. 통풍(痛風)	M10
		11. 기타 결정성 관절병증	M11
		12. 기타 특정 관절병증	M12
		13. 기타 관절염	M13
		14. 달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
	관절증	15. 다발성 관절증	M15
		16. 엉덩관절증	M16
		17. 무릎관절증	M17
		18. 제 1 손목 손허리 관절의 관절증	M18
		19. 기타 관절증	M19
	기타 관절장애	20. 손가락 및 발가락의 후천성 변형	M20
		21. 사지의 기타 후천성 변형	M21
		22. 무릎뼈의 장애	M22
		23. 무릎의 내(內) 이상	M23
		24. 기타 명시된 관절 이상	M24
		25. 달리 분류되지 않은 기타 관절 장애	M25
전신결합 조직장애		26. 전신 홍반성 루푸스	M32
		27. 피부다발근육염	M33
		28. 전신 경화증	M34
골다공증		29. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80
		30. 병적 골절이 없는 골다공증	M81
		31. 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
		32. 뼈 연속성의 장애	M84

주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

백내장·중이(가운데귀)염·충수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 ‘백내장·중이(가운데귀)염·충수염(맹장염)’으로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인 분류 (통계청고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목		분류번호
백 내 장	1. 노년 백내장	H25
	2. 기타 백내장	H26
	3. 당뇨 백내장	H28.0
	4. 기타내분비, 영양 및 대사 질환에서의 백내장	H28.1
	5. 달리 분류된 기타질환에서의 백내장	H28.2
중 이 염	6. 비화농성 중이(가운데귀)염	H65
	7. 화농성 및 상세불명의 중이(가운데귀)염	H66
	8. 달리 분류된 질환에서의 중이(가운데귀)염	H67
충 수 염	9. 급성 충수염(맹장염)	K35
	10. 기타 충수염(맹장염)	K36
	11. 상세불명의 충수염(맹장염)	K37
	12. 충수의 기타질환	K38

주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 8)

부인과질환분류표

약관에 규정하는 ‘부인과질환’은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
[유방의 장애] ·양성 유방 형성이상 ·유방의 염증성 장애 ·유방의 비대 ·유방의 상세불명의 소괴 ·유방의 기타 장애	N60 N61 N62 N63 N64
[여성 골반내 장기의 염증성 질환] ·자궁관염 및 난소염 ·자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환 ·자궁목의 염증성 질환 ·기타 여성 골반의 염증성 질환 ·달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애 ·바르톨린선의 질환 ·질 및 외음부의 기타 염증 ·달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N70 N71 N72 N73 N74 N75 N76 N77
[여성생식기의 비염증성 장애] ·자궁내막증 ·여성생식기 탈출 ·여성생식기를 포함한 셋길 ·난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애 ·여성생식기의 폴립 ·경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁목의 미란 및 외반증 ·자궁목의 형성이상 ·자궁목의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 동통 및 기타 병태 ·폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95
·달리 분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애	N99
·양성신생물	D10 - D36
·행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 - D48, D76.0 (D45,D46,D47.1,D47.3 제외)

주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 9)

장해분류표

주보험의 (별표 7) “장해분류표”와 동일

(별표 10)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(제 21 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금(제 16 조) 및 피보험자(보험대상자) 사망 당시의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 19 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당
하나입원특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 하나입원특약 약관

제 1 관 특약의 성립과 유지	75
제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2 조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	
제 3 조 【특약의 보장개시일】	
제 4 조 【특약내용의 변경】	
제 5 조 【계약자의 임의해지】	
제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】	
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	76
제 7 조 【특약보험료의 납입】	
제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】	
제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	76
제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】	
제 11 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】	
제 12 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】	
제 13 조 【“입원”의 정의와 장소】	
제 14 조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제 15 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제 16 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	
제 17 조 【해약환급금】	
제 4 관 보험금 지급 등의 절차	78
제 18 조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제 19 조 【보험금 등의 지급】	
제 5 관 기타사항	79
제 20 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나입원특약 약관

제 1 관 특약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제 2 조(피보험자(보험대상자)의 범위)에서 정하는 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)(이하 “피보험자(보험대상자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인(3 인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 경우에도 불구하고 제 10 조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”으로 인한 보험료 납입면제에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다).

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 17 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 17 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 17 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금 지급합니다.

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

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

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3 (뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 단, 일과성 대뇌 허혈성 발작(TIA) 및 관련증후군, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 12 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 6 (급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 13 조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해(<별표 2>“질병 및 재해 분류표”에서 정한 질병 또는 재해를 말하며, 이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 14 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(<별표 1> “보험금 지급기준표”참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원 하였을 때 : 입원비

제 15 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때, 또는 장애분류표(<별표 3> “장애분류표” 참조, 이하 같습니다)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상의 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일 전일 이전에 암 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
- ② 입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 하며, 피보험자(보험대상자)가 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 지급일수 120 일을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 입원급여금을 지급하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.
- ④ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급율이 재해일로부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제 6 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2 년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나

는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑪ 제 1 항의 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.

⑫ 제 11 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5 년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑭ 제 13 항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5 년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5 년이 경과한 이후에는 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.

⑮ 제 14 항의 “청약일 이후 5 년을 경과하는 동안”이라 함은 제 8 조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑯ 제 9 조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제 13 항의 보험계약 청약일로 하여 제 13 항 내지 제 15 항을 적용합니다.

제 16 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

② 회사는 제 1 항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 17 조 【해약환급금】

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 18 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 입원급여금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 입원증명서, 진단서(암, 뇌출혈, 급성심근경색증) 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타, 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면

제에 필요하여 제출하는 서류

- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급한 것 이어야 합니다.

제 19 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 18 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 입원급여금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금 등을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 7>”보험금 지급시의 적립이율 계산” 참조)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

【영업일】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 5 관 기타사항

제 20 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액
입원급여금 (제14조제1호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때	3 일 초과 1 일당 1 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)

- 주) 1. 이 특약의 암(기타피부암 제외)보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때, 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암 진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

주보험의 (별표 8) “질병 및 재해분류표”와 동일

(별표 3)

장해분류표

주보험의 (별표 7) “장해분류표”와 동일

(별표 4)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외)

주보험의 (별표 2) “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외)”와 동일

(별표 5)

뇌출혈 분류표

주보험의 (별표 3) “뇌출혈 분류표”와 동일

(별표 6)

급성심근경색증 분류표

주보험의 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”와 동일

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 19 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
보험금(제 14 조) 및 피보험자(보험대상자) 사망당시의 책임준비금 (제 1 조제 2 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 17 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일 까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급 일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당
정기특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 정기특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지	85
제1조 【특약의 체결 및 소멸】	
제2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	
제3조 【특약의 보장개시일】	
제4조 【특약내용의 변경】	
제5조 【계약자의 임의해지】	
제6조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】	
제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)	85
제7조 【특약 보험료의 납입】	
제8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)	86
제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제12조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	
제13조 【해약환급금】	
제4관 보험금 지급 등의 절차	87
제14조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제15조 【보험금 등의 지급】	
제16조 【보험금 받는 방법의 변경】	
제5관 기타사항	88
제17조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	
제18조 【종신보험으로의 전환】	

무배당 정기특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(피보험자(보험대상자)의 범위)에서 정하는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장해분류표(<별표 2>”장해분류표”참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)(이하 “피보험자(보험대상자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인(3 인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에도 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약 보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(<별표 1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 때: 사망보험금

제 11 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 3> “장애분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제 3 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조 (보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑧ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경

우 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.

⑨ 제 8 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 12 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2 년이 지난 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

② 제 1 항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 사망 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 13 조 【해약환급금】

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 14 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서 등)

3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우로서 피보험자(보험대상자)가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 피보험자(보험대상자) 또는 그 상속인의 동의서도 제출하여야 합니다.

③ 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 15 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 14 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 지급합니다.
- ② 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 4>“보험금 지급시의 적립이율 계산”참조)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

【영업일】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 16 조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 10 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 특약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제 5 관 기타사항

제 17 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

제 18 조 【종신보험으로의 전환】

- ① 계약자는 특약의 보험기간이 만료되기 전 피보험자(보험대상자)가 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 사망 또는 장애분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 때 지급될 금액의 80%를 한도로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고, 피보험자(보험대상자)의 나이가 전환일 현재 65 세를 초과하는 경우이거나 특약의 보험기간 만료 전 2 년 이내에는 이 특약을 전환할 수 없습니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 장애로 인하여 보험료 납입이 면제된 후 이 특약을 전환할 경우에는 회사는 전환 후 계약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ④ 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 피보험자(보험대상자)의 나이에 의하여 계산합니다.
- ⑤ 전환 후 계약은 전환 후 계약의 약관 및 보험요율이 적용됩니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지급사유	지 급 액
사망보험금 (제10조제1호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 때	1,000 만원

주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다

(별표 2)

장해분류표

주보험의 (별표 7) “장해분류표”와 동일

(별표 3)

재해분류표

주보험의 (별표 9) “재해분류표”와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 15 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제 10 조 제 1 호)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 13 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당
하나 CI 보장특약

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 하나 CI 보장특약 약관

제1관 특약의 성립과 유지	93
제 1조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	
제 3조 【특약의 보장개시일】	
제 4조 【특약내용의 변경】	
제 5조 【계약자의 임의해지】	
제 6조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】	
제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)	93
제 7조 【특약 보험료의 납입】	
제 8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)	94
제10조 【“말기신부전증” 등의 정의 및 진단확정】	
제11조 【“관상동맥(심장동맥)우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)”의 정의】	
제12조 【“5대장기이식수술”의 정의】	
제13조 【“대동맥류인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)”의 정의】	
제14조 【“심장판막수술(Heart Valve Surgery)”의 정의】	
제15조 【“조혈모세포이식수술(Hematopoietic Stem Cell Transplantation)”의 정의】	
제16조 【“수술”의 정의와 장소】	
제17조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제18조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제19조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	
제20조 【해약환급금】	
제4관 보험금 지급 등의 절차	98
제21조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제22조 【보험금 등의 지급】	
제5관 기타사항	98
제23조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나 CI 보장특약 약관

제 1 관 특약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제 2 조(피보험자(보험대상자)의 범위)에서 정하는 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)(이하 “피보험자(보험대상자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 2 인(3 인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 20 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 20 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 20 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금 지급합니다

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“말기신부전증” 등의 정의 및 진단확정】

① “말기신부전증”의 정의 및 진단 확정

1. 이 특약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease) 으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다. 단, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.
2. “말기신부전증”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 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. 또한, 회사가 말기신부전증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청 할 수 있습니다.

② “말기간질환”의 정의 및 진단 확정

1. 이 특약에 있어서 “말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3 가지 기준을 모두 충족시키는 간경화증을 말합니다.
2. “말기간질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 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. 또한, 회사가 말기 간질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청 할 수 있습니다.

③ “말기폐질환”의 정의 및 진단 확정

1. 이 특약에 있어서 “말기폐질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 5 (말기폐질환 대상 질병분류표)에 해당하는 폐질환 중 만성적인 호흡기 기능상실을 초래하는 말기폐질환으로 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다.
가. 영구적인 산소 공급 치료가 요구되는 상태
나. 평상시 대기중에서 FEV1 검사 결과 정상 예측치의 25% 이하
2. “말기폐질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 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. 또한, 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청 할 수 있습니다.

④ “뇌출혈”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3 (뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 단, 일과성 대뇌 허혈성 발작(TIA) 및 관련증후군, 외상성 머리 내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.

2. “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑤ “급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정

1. 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 4 (급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑥ “암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2. 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【“관상동맥(심장동맥)우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)”의 정의】

이 특약에 있어서 “관상동맥(심장동맥)우회술(Coronary Artery Bypass Graft)”이라 함은 관상동맥(심장동맥)질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접적인 목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Great Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원부위의 관상동맥(심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다. 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다. [예] 관상동맥(심장동맥)성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트 삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational Atherectomy) 등]

제 12 조 【“5 대장기이식수술”의 정의】

이 특약에 있어서 “5 대장기이식수술”이라 함은 5 대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전 상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단 랑게르한스소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

제 13 조 【“대동맥류인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)”의 정의】

이 특약에 있어서 “대동맥류 인조혈관 치환수술”이라 함은 보험기간 중 발병한 대동맥류의 근본적인 치료를 직접적인 목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제하고 인조혈관으로 치환하는 수술을 의미합니다. 여기서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지동맥들은 제외합니다. 단, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

제 14 조 【“심장판막수술(Heart Valve Surgery)”의 정의】

이 특약에 있어서 “심장판막수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접적인 목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공 심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
2. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(Valvuloplasty)을 해주는 수술
그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우(예, 경피적 판막성형술)
2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

제 15 조 【“조혈모세포이식수술(Hematopoietic Stem Cell Transplantation)”의 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 골수 이식의료기관에서 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 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 16 조 【“수술”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 관상동맥(심장동맥)우회술, 5 대장기이식수술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 조혈모세포이식수술로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 「생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(摘除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것 [흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]」을 하는 것을 말합니다.

제 17 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금 (<별표 1> “보험금지급기준표”참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환 진단이 확정되었을 때 : 해당 진단비 (단, 1 년미만 진단 확정시 50%를 지급하며, 각각 최초 1 회에 한함)
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 관상동맥(심장동맥)우회술, 5 대장기이식수술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 조혈모세포이식수술의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 해당 수술비(단, 1 년미만 수술시 50%를 지급하며, 각각 최초 1 회에 한함)

제 18 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환 진단이 확정되었을 때, 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일 전일 이전에 암 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 사망하고 그 후에 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제 17 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 해당 진단비를 추가로 지급합니다.
- ③ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급율이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제 3 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑧ 제 1 항의 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.
- ⑨ 제 8 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5 년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑪ 제 10 항에 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5 년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5 년이 경과한 이후에는 제 17 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑫ 제 11 항의 ‘청약일 이후 5 년을 경과하는 동안’이라 함은 제 8 조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑬ 제 9 조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제 10 항의 보험계약 청약일로 하여 제 10 항 내지 제 12 항을 적용합니다.

제 19 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
그러나, 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

② 회사는 제 1 항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 20 조 【해약환급금】

- ① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 21 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 수술증명서, 진단서(암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 22 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 21 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리며, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금 등을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 7> “보험금 지급시의 적립이율 계산”참조)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

【영업일】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

제 5 관 기타사항

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
진단비 (제 17 조 제 1 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 말기신부전증, 말기간질환, 또는 말기폐질환 진단이 확정되었을 때(각각 최초 1 회에 한함)	1,000 만원 (단, 1 년미만 진단 확정시 50% 지급)
수술비 (제 17 조 제 2 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 관상동맥(심장동맥)우회술, 5 대장기이식수술, 대동맥류 인조혈관치환수술, 심장판막수술의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(각각 최초 1 회에 한함)	1,000 만원 (단, 1 년미만 수술시 50% 지급)
	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 조혈모세포이식수술의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(최초 1 회에 한함)	500 만원 (단, 1 년미만 수술시 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 암(기타피부암 제외)보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환 진단이 확정되었을 때, 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일 전일 이전에 암 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
4. 5 대장기라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외)

주보험의 (별표 2) “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외)”와 동일

(별표 3)

뇌출혈 분류표

주보험의 (별표 3) “뇌출혈 분류표”와 동일

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

주보험의 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”와 동일

(별표 5)

말기폐질환 대상 질병분류표

약관에 규정하는 ‘말기폐질환’으로 분류되는 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4 호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
2. 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
3. 만성 하기도 질환	J40 ~ J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
5. 주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
7. 가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

주) 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당되는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

장해분류표

주보험의 (별표 7) “장해분류표”와 동일

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 22 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금(제 17 조 제 1 호 내지 제 2 호) 및 피보험자(보험대상자) 사망 당시의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 20 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

특별조건부특약 약관

특별조건부특약 약관

- 제 1 조 【보험계약의 성립】
- 제 2 조 【특약의 내용】
- 제 3 조 【특약의 부가조건】
- 제 4 조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】
- 제 5 조 【특약내용의 변경】
- 제 6 조 【주계약 약관의 준용】

특별조건부특약 약관

제 1 조 【보험계약의 성립】

- ① 이 특약은 보험계약을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 진단결과 보험회사가 정한 표준체 보험에 가입할 수 없다고 인정할 때에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. 이 특약에서 “보험계약”이라 함은 주된 보험계약과 특약이 부가된 경우에는 특약을 포함한 것을 말하며, “주된 보험계약”은 “주계약”이라 합니다.
- ② 특약을 2 인(3 인, 多人) 보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 계약자 또는 주피보험자(주된 보험대상자)(주계약의 계약자와 주피보험자(주된 보험대상자)가 상이할 경우에는 주피보험자(주된 보험대상자))로 합니다.
- ③ 특약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2 조 【특약의 내용】

이 특약은 피보험자(보험대상자)의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 3 조 【특약의 부가조건】

- ① 특약에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割増危険率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 보험계약의 규정에 정하는 재해 이외의 원인으로 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 보험계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감 기간				
		1 년	2 년	3 년	4 년	5 년
1 년미만	보험계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1 년이상 2 년미만			60%	50%	40%	30%
2 년이상 3 년미만				75%	60%	45%
3 년이상 4 년미만					80%	60%
4 년이상 5 년미만						80%

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자(보험대상자)가 사망(보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항에 준하는 사유로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다)하거나 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 된 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 아니하고 보험계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자(보험대상자)의 위험지수(危險指數)가 실제 n 세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n 년증이라 칭하고 n 세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할수 있습니다.
- ② 제 1 항 제 1 호 내지 제 4 호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 4 조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 5 조 【특약내용의 변경】

이 특약은 주계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제 6 조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관에 따릅니다.

특별조건부인수특약 약관

<<가입자 유의사항>>

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

○ 면책기간 중에 아래의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함

1. “특정부위분류표” 중에서 특정부위에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병
2. “특정질병분류표” 중에서 회사가 지정한 특정질병

○ 상기에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제함

1. 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
2. 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병
3. 재해로 인한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 특정부위에 발생한 질병 또는 특정 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 특정질병

※ 자세한 내용은 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

<<주요내용 요약 및 보험용어 해설>>

1. 특약의 소멸

주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

2. 특정부위

특정부위라 함은 위, 십이지장, 신장, 식도 등 “특정부위분류표”(별표 1 참조)에서 정의한 부위를 말합니다.

3. 특정질병

특정질병이라 함은 심장질환, 뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압 등 “특정질병분류표”(별표 2 참조)에서 정의한 질병을 말합니다.

※ 자세한 내용은 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

특별조건부인수특약 약관

- 제 1조 【특약의 체결 및 소멸】
- 제 2조 【특약면책조건의 내용】
- 제 3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】
- 제 4조 【주계약 약관의 준용】

특별조건부인수특약 약관

제 1 조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자(보험 대상자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다.)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 주계약 및 특약에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.
 1. 이 특약 제 2 조(특약면책조건의 내용) 제 2 항 제 1 호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제 2 조(특약면책조건의 내용) 제 2 항 제 2 호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 2 조 【특약면책조건의 내용】

- ① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태에 따라서 1 종의 경우에는 제 2 항 제 1 호의 조건을 부가하고 2 종의 경우에는 제 2 항 제 1 호 및 제 2 호의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

다만, 사망 또는 별표 3 "재해분류표"에서 정하는 동일한 재해(이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 장애분류표(별표 4 참조)중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되어 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

 1. 별표 1 "특정부위 분류표" 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
 2. 별표 2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다).
- ③ 제 2 항의 면책기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 「1 년부터 5 년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 단, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하니 아니한다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 경우 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제 2 항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. 제 2 항 제 1 호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제 2 항 제 2 호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 4. 보험계약 청약일 이후 5 년이 지나는 동안 제 2 항 제 1 호 및 제 2 호에서 지정한 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5 년이 지난 이후 제 2 항 제 1 호 및 제 2 호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ⑤ 제 4 항 제 4 호의 "청약일 이후 5 년이 지나는 동안"이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지않은 경우를 말합니다.

- ⑥ 제 3 조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 청약일로 하여 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑨ 제 2 항의 특정부위와 특정질병은 2 개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제 3 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(復活)(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 1 조(특약의 체계 및 효력) 제 2 항의 규정을 따릅니다.

제 4 조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

(별표 1)

특정부위 분류표

분류 번호	특정부위의 명칭	분류 번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장	19	갑상샘
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장	20	경추부(해당신경 포함)
3	직장 또는 항문	21	흉추부(해당신경 포함)
4	간장, 담낭 또는 담관	22	요추부(해당신경 포함)
5	췌장	23	선골부 또는 미골부(해당신경포함)
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽	24	좌견관절부
7	코(외비, 비강 또는 부비강포함)	25	우견관절부
8	인두 또는 후두	26	좌고관절부
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선(귀 밑샘) 또는 설하선	27	우고관절부
10	귀(외이, 고막, 중이(가운데귀), 내 이(속귀), 청신경 또는 유양돌기 포함)	28	좌상지(좌견관절부 제외)
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)	29	우상지(우견관절부 제외)
12	신장	30	좌하지(좌고관절부 제외)
13	요관, 방광 또는 요도	31	우하지(우고관절부 제외)
14	전립선	32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
15	유방(유선 포함)	33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니 아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우 에 한함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)	34	식도
17	난소 또는 난관	35	대장(맹장 및 직장 제외)
18	고환(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭	36	피부(두피 및 입술포함)
		37	수골(手骨)
		38	족골(足骨)
		39	상악골(上顎骨, 위턱뼈) · 하악골(下顎 骨, 아래턱뼈)

(별표 2)

특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제 5 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2007-4 호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분류번호	세 부 내 용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
고혈압	I10~I14	
결 핵	A15~A19, B90	
담석증	K 80	담석증
요로결석증	N 20	신장 및 요관의 결석
	N 21	하부 요로의 결석
	N 23	상세불명의 신성 산통
임신중독증	O 11	부가된 단백뇨를 동반한 선제성 고혈압
	O 12	고혈압을 동반하지 않은 임신성 부종 및 단백뇨
	O 13	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성 고혈압
	O 14	의미 있는 단백뇨를 동반한 임신성 고혈압
	O 15	자간증
골관절증 및 류마토이드 관절염	M 05	혈청검사 양성인 류마토이드 관절염
	M 06	기타 류마토이드 관절염
	M 08	연소자성 관절염
	M 15	다발성 관절증
	M 16	고관절증
	M 17	무릎관절증
	M 18	제 1 수근중수 관절의 관절증
	M 19	기타 관절증
척추만곡증	M 40	척추후만증 및 척추전만증
	M 41	척추측만증

※ 제 6 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

재해분류표

주보험의 (별표 9) “재해분류표”와 동일

(별표 4)

장해분류표

주보험의 (별표 7) “장해분류표”와 동일