한화손보

확인필-제 2026-일반업무지원-약관 00308E-전사(26.01.16~27.01.15)

한화단체상해보험 (직급)

본 약관에 열거된 내용은 해당 상품에 담겨있는 전체 내용이며, 개별 계약에서 보장하는 특별약관 및 추가특별약관은 해당 계약 보험증권에 명기된 약관에 한하여 적용됩니다.

ccm 소비자중심 공정거래위원회
공정거래위원회 CCM 인증
가족친화 우수기업 선정

신용정보 제공 · 활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다. 또한, 한화손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

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



본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.
전화번호 : 1566-8000 / 홈페이지 : www.hwgeneralins.com
※ 단, 신규거래 고객은 계약을 체결한 날로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 신용정보관리보호인 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인	손해보험협회 개인정보보호담당자	금융감독원 개인정보보호담당자
• 전화번호 : (02) 316-7485 • 주소 : 서울시 영등포구 여의대로 56 한화손해보험 정보보호팀	• 전화번호 : (02) 3702-8500 • 주소 : 서울시 종로구 종로1길 50 케이트윈타워	• 전화번호 : (02) 3145-5427 • 주소 : 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

3. 신용정보 제공사실 통보 요구 및 오류정보 정정 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부 내용에 대해서는 한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 고객상담센터 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

신용정보 제공사실 통보 요구권(법 제35조)
고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리

신용정보 열람 및 정정요구권(법 제38조)
고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정 요구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금감위에 시정 요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(NICE평가정보, 서울신용평가정보, 코리아크레딧뷰로 등)를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다.

· NICE평가정보(주) 대표전화 02-2122-4000 / 홈페이지 www.niceinfo.co.kr
· 서울신용평가정보(주) 대표전화 1588-4753 / 홈페이지 www.sci.co.kr
· 코리아크레딧뷰로(주) 대표전화 02-708-1000 / 홈페이지 www.koreacb.com

(관리번호 : 품의-2512-7365 / 2026.01.01.)

한화단체상해보험(직급) 목차

가입자 유의사항 ····· 1

주요내용 요약서 ····· 2

보험용어 해설 ····· 4

주요민원사항 ····· 5

보험금 지급 관련 주의사항 안내 ····· 7

한화단체상해보험(직급) 보통약관 ····· 8

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

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
- 제13조(계약 전 알릴 의무)
- 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)
- 제15조(알릴 의무 위반의 효과)
- 제16조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지
- 제17조(보험계약의 성립)
- 제18조(청약의 철회)
- 제19조(약관교부 및 설명의무 등)
- 제20조(계약의 무효)
- 제21조(계약내용의 변경 등)
- 제22조(보험나이 등)

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

제6관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등
제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제29조의2(위법계약의 해지)
제30조(중대사유로 인한 해지)
제31조(회사의 파산선고와 해지)
제32조(보험료의 환급)

제7관 분쟁의 조정 등
제33조(분쟁의 조정)
제34조(관할법원)
제35조(소멸시효)
제36조(약관의 해석)
제37조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
제38조(회사의 손해배상책임)
제39조(개인정보보호)
제40조(준거법)
제41조(예금보험에 의한 지급보장)

한화단체상해보험(직급) 특별약관 ····· 23

[상해사망 및 상해]
24시간 상해사망 및 고도후유장해 특별약관 ····· 23
24시간 상해( )%이상 고도후유장해 특별약관 ····· 23
24시간 상해( )%미만 후유장해 특별약관 ····· 23
24시간 상해( )%초과 후유장해 특별약관 ····· 24
업무중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 24
업무외 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 24
휴일 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 24
휴일 상해사망 및 고도후유장해 특별약관 ····· 25
휴일 상해( )%이상 고도후유장해 특별약관 ····· 25
휴일 상해( )%미만 후유장해 특별약관 ····· 26
교통상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 26
교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관 ····· 27
교통상해 ( )%이상 고도후유장해 특별약관 ····· 28
교통상해 ( )%미만 후유장해 특별약관 ····· 28
휴일 교통상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 29
휴일 교통상해사망 및 고도후유장해 특별약관 ····· 30
휴일 교통상해( )%이상 고도후유장해 특별약관 ····· 30
휴일 교통상해( )%미만 후유장해 특별약관 ····· 31
신주말 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 32
신주말 교통상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 32

뺑소니·무보험차 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 33
대중교통이용중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 34
철도·지하철·항공기사고 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 34
철도·지하철사고 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 35
항공기탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 36
항공기 1회 탑승당 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 37
국제신용카드회원 항공기탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 37
국내전용신용카드회원 항공기탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 39
도로보행중 교통상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 41
학교생활중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 42
학교생활외 상해사망 및 후유장해(Ⅰ) 특별약관 ····· 42
학교생활외 상해사망 및 후유장해(Ⅱ) 특별약관 ····· 43
학교폭력 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 43
특수운전중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 44
안전벨트착용중 사망 특별약관(Ⅰ) ····· 44
안전벨트착용시탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관(Ⅱ) ····· 44
특정여가활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 45
특수운동중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 46
체육시설이용중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 46
노동조합활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 47
방송국출연진단체 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 47
외국인산업기술연수자단체 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 48
스카우트단체 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 50
스카우트단체지도자 상해사망 및 후유장해 추가특별약관 ····· 50
폭발·화재·붕괴 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 51
강도상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 51
익사사고 사망 특별약관 ····· 52
자연재해사망 특별약관 ····· 52
특정사회재난사망 특별약관 ····· 53
사회재난(감염병제외)사망 특별약관 ····· 54
신체부위별 후유장해 특별약관 ····· 54
의사상자 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 57
상해사고 ( )일이상 진단위로금 특별약관 ····· 57
상해(교통상해 제외)사고 ( )일이상 진단위로금 특별약관 ····· 58
상해확장보상 특별약관 ····· 58
상해확장보상 특별약관Ⅱ ····· 59
( )보험금만의 지급 추가특별약관 ····· 60
[질병]
질병사망 특별약관 ····· 60
질병80%이상고도후유장해 특별약관 ····· 60
질병50%이상후유장해 특별약관 ····· 61
질병80%미만후유장해 특별약관 ····· 62
과로사담보 특별약관 ····· 62
과로사관련 특정질병 사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관 ····· 63
헌혈후유증 특별약관 ····· 64
감염병 사망 특별약관 ····· 65
독감 및 폐렴 사망 특별약관 ····· 65
모성사망 특별약관 ····· 65
뇌졸중진단비 특별약관 ····· 66

뇌졸중혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 66
뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 67
뇌출혈진단비 특별약관 ····· 67
뇌혈관질환진단비 특별약관 ····· 68
급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 68
허혈성심장질환진단비 특별약관 ····· 69
심혈관질환진단비 특별약관 ····· 69
심혈관특정질환Ⅰ진단비 특별약관 ····· 70
심혈관특정질환Ⅱ진단비 특별약관 ····· 70
통풍진단비 특별약관 ····· 71
대상포진진단비 특별약관 ····· 71
대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 72
골절진단비 특별약관 ····· 72
골절(1~5종)진단비 특별약관 ····· 73
골절(치아파절제외)진단비 특별약관 ····· 73
골절(1~5종, 치아파절제외)진단비 특별약관 ····· 73
골절(치아파절제외) 급여부목치료비 특별약관 ····· 73
골절(치아파절 제외) 특정한방치료비 특별약관 ····· 74
상해수술 특정한방치료비 특별약관 ····· 75
5대골절 진단비 특별약관 ····· 77
5대골절 수술비 특별약관 ····· 78
탈구,신경손상,으깸손상진단비 특별약관 ····· 79
외상성절단진단비 특별약관 ····· 79
화상진단비 특별약관 ····· 79
화상(화상 심도별)진단비 특별약관 ····· 80
화상(2도이상)진단비 특별약관 ····· 80
깁스치료비 특별약관 ····· 80
응급실내원치료비(응급) 특별약관 ····· 81
응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 82
상해 응급실 내원 치료비(응급) 특별약관 ····· 83
온열질환 응급실내원치료비(1회당) 특별약관 ····· 83
한랭질환 응급실내원치료비(1회당) 특별약관 ····· 84
외상후스트레스장애진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 85
정신질환진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 86
정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관 ····· 87
정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관 ····· 89
정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관 ····· 91
공황장애진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 92
우울증진단비 특별약관 ····· 93
돌발성난청진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 93
독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 94
뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 95
특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 95
위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 96
특정상해성뇌손상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 97
특정상해성뇌출혈진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 97
특정상해성장기손상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 98
산후우울증약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 99
남성난임진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 99

여성난임진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 99
유산진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 100
철결핍빈혈진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 100
엽산결핍빈혈진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 101
급여 인공수정치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 101
급여 체외수정치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 103
온열질환 진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 104
한랭질환 진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 105
특정감염병 진단비 특별약관 ····· 105
갑상선기능저하증 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 106
갑상선기능항진증 치료비(최초1회한) 특별약관 ····· 106
어린이 특정바이러스질환 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 107
내향성손발톱 치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 108
수족구 진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 109
성장기특정행동발달장애 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 109
성장기언어발달장애 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 110
성장기자폐증 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 110
[치아]
치아보철치료비 특별약관 ····· 110
영구치보존치료비 특별약관 ····· 113
치아보철치료비Ⅱ 특별약관 ····· 116
영구치보존치료비Ⅱ 특별약관 ····· 118
치아보철치료비Ⅱ(K03포함) 특별약관 ····· 121
영구치보존치료비Ⅱ(K03포함) 특별약관 ····· 124
치아보철치료비(통합형)(K03포함) 특별약관 ····· 126
영구치보존치료비(통합형)(K03포함) 특별약관 ····· 129
주요치주질환(잇몸질환)치료비 특별약관 ····· 132
치아영상진단비(X-ray 촬영, 연간1회한) 특별약관 ····· 134
치아영상진단비(파노라마 촬영, 연간1회한) 특별약관 ····· 136
치아영상진단비(X-ray 촬영) 특별약관 ····· 137
치아영상진단비(파노라마 촬영) 특별약관 ····· 139
[암]
암사망 특별약관 ····· 141
암(기타피부암·갑상선암 제외)진단비 특별약관 ····· 142
갑상선암진단비 특별약관 ····· 143
제자리암(상피내암)진단비 특별약관 ····· 144
경계성종양진단비 특별약관 ····· 145
기타피부암진단비 특별약관 ····· 145
3대암(남성3대암/여성특정암)진단비 특별약관 ····· 146
소아3대암진단비 특별약관 ····· 147
암직접치료비입원(요양병원제외) 특별약관 ····· 148
암요양병원입원비 특별약관 ····· 150
암직접통원치료비 특별약관 ····· 152
항암방사선·약물치료비(기타피부암·갑상선암 제외) 특별약관 ····· 154
항암방사선·약물치료비(기타피부암) 특별약관 ····· 156
항암방사선·약물치료비(갑상선암) 특별약관 ····· 157
항암약물치료비(기타피부암·갑상선암 제외) 특별약관 ····· 158
항암약물치료비(기타피부암) 특별약관 ····· 159
항암약물치료비(갑상선암) 특별약관 ····· 161

항암방사선치료비(기타피부암·갑상선암 제외) 특별약관 ····· 162
항암방사선치료비(기타피부암) 특별약관 ····· 163
항암방사선치료비(갑상선암) 특별약관 ····· 164
암수술비 특별약관 ····· 165
유방암예후예측검사비 특별약관 ····· 167
[수술비]
수술비 특별약관 ····· 169
수술비(1~5종) 특별약관 ····· 170
수술비(1~5종)Ⅱ 특별약관 ····· 171
상해수술비 특별약관 ····· 172
골절수술비 특별약관 ····· 173
화상수술비 특별약관 ····· 174
상해흉터복원수술비 특별약관 ····· 175
7대 질병수술비 특별약관 ····· 176
14대 질병수술비 특별약관 ····· 177
16대 질병수술비 특별약관 ····· 179
18대 질병수술비 특별약관 ····· 180
21대 질병수술비 특별약관 ····· 181
특정13대 질병수술비 특별약관 ····· 182
뇌 · 내장손상 수술비 특별약관 ····· 183
척추질환 수술비 특별약관 ····· 185
이비인후과질환수술비 특별약관 ····· 186
호흡기질환수술비 특별약관 ····· 188
1~5종 상해수술비 특별약관 ····· 189
상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 190
질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 194
상해 입원 수술비(당일입원 제외) 특별약관 ····· 198
상해 통원 수술비(외래 및 당일입원) 특별약관 ····· 199
스마트기기 · 컴퓨터관련 특정질환 수술비 특별약관 ····· 201
손가락 • 발가락 절단 수술비 특별약관 ····· 202
손가락 • 발가락 관혈 수술비 특별약관 ····· 203
[입원 및 통원비용]
24시간상해 입원일당 특별약관 ····· 204
24시간상해 입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관 ····· 204
24시간상해 입원일당(365일 한도) 특별약관 ····· 205
24시간상해 입원일당(4일이상 365일 한도) 특별약관 ····· 205
교통상해 입원일당 특별약관 ····· 206
일반상해 중환자실입원일당 특별약관 ····· 206
24시간상해 입원일당 확장보상 추가특별약관 ····· 207
24시간상해 간병인사용 입원일당(요양병원제외, 1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 207
24시간상해 간병인사용 입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 209
24시간상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 211
24시간상해 수술동반입원일당(1일이상 20일한도) 특별약관 ····· 212
질병입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 214
질병입원일당(4일이상 120일한도) 특별약관 ····· 216
질병입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관 ····· 217
질병입원일당 출산확장 특별약관 ····· 218
질병입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관 ····· 218
질병입원일당(4일이상 365일한도) 특별약관 ····· 219

질병입원일당 출산확장(365일 한도) 특별약관 ····· 221
식중독입원일당(4일이상 120일한도) 특별약관 ····· 221
7대질병입원일당 특별약관 ····· 222
질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 223
질병중환자실입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관 ····· 224
질병수술동반입원일당(1일이상 20일한도) 특별약관 ····· 225
질병 간병인사용 입원일당(요양병원제외, 1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 228
질병 간병인사용 입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 231
질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 233
스마트기기 · 컴퓨터관련 특정질환 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 234
뇌졸중직접치료통원비 특별약관(연간30일한) ····· 236
뇌졸중직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한) ····· 236
급성심근경색증직접치료통원비 특별약관(연간30일한) ····· 237
급성심근경색증직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한) ····· 238
뇌혈관질환직접치료통원비 특별약관 ····· 239
뇌혈관질환직접치료통원비 특별약관(연간30일한) ····· 239
뇌혈관질환직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한) ····· 240
허혈성심장질환직접치료통원비 특별약관 ····· 241
허혈성심장질환직접치료통원비 특별약관(연간30일한) ····· 242
허혈성심장질환직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한) ····· 242
온열질환 입원일당(1일이상 5일한도) 특별약관 ····· 243
한랭질환 입원일당(1일이상 5일한도) 특별약관 ····· 245
[교통]
자동차사고 벌금(대인) 특별약관 ····· 246
자동차사고 벌금(대물) 특별약관 ····· 247
교통사고처리지원금(동승자포함) 특별약관 ····· 248
교통사고처리지원금(동승자제외) 특별약관 ····· 250
교통사고처리지원금Ⅲ 특별약관 ····· 252
교통사고처리지원금Ⅳ 특별약관 ····· 254
교통사고처리지원금Ⅴ 특별약관 ····· 256
교통사고처리지원금Ⅵ(중상해보장 확대) 특별약관 ····· 258
교통사고처리지원금Ⅷ(중상해보장 확대) 특별약관 ····· 260
교통사고처리지원금Ⅷ(중상해보장 확대) 특별약관 ····· 263
교통사고처리지원금(6주미만부상, 중대법규위반) 특별약관 ····· 265
자동차사고변호사선임비용(약식기소제외) 특별약관 ····· 266
보복운전피해위로금 특별약관 ····· 268
자동차사고 부상치료비(운전자용) 특별약관 ····· 270
스쿨존 어린이 교통사고 부상치료비 특별약관 ····· 271
어린이 보행중 교통사고 부상치료비 특별약관 ····· 272
도로보행중 교통사고 부상치료비(어린이 제외) 특별약관 ····· 273
자전거상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 274
자전거상해진단비용Ⅰ 특별약관 ····· 274
자전거상해진단비용Ⅱ 특별약관 ····· 275
자전거상해입원일당 특별약관 ····· 275
자전거상해통원일당 특별약관 ····· 276
자전거상해입원위로금 특별약관 ····· 277
자전거사고벌금 특별약관 ····· 277
자전거사고변호사선임비용(약식기소 제외) 특별약관 ····· 278
자전거사고 처리지원금(동승자포함) 특별약관 ····· 279

자전거사고 처리지원금(동승자제외) 특별약관 ····· 280
농기계상해 사망 특별약관(지자체 가입용) ····· 282
농기계상해 후유장해 특별약관(지자체 가입용) ····· 282
농기계상해 사망 특별약관(농가인구 가입용) ····· 283
농기계상해 후유장해 특별약관(농가인구 가입용) ····· 284
이륜차등유상운송중 교통상해사망후유장해 특별약관 ····· 284
이륜차등유상운송중 교통상해골절(치아파절제외)진단비 특별약관 ····· 285
이륜차등유상운송중 교통상해골절수술비 특별약관 ····· 287
이륜차등유상운송중 교통상해수술비 특별약관 ····· 288
이륜차등유상운송중 교통상해입원일당 특별약관 ····· 291
이륜차등유상운송중 교통사고부상치료비 특별약관 ····· 292
이륜차등유상운송중 뺑소니·무보험차상해사망후유장해 특별약관 ····· 294
[기타단체]
스포츠활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 295
스포츠활동중 배상책임 특별약관 ····· 295
자원봉사활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 298
자원봉사활동중 상해입원일당 특별약관 ····· 299
자원봉사활동중 질병입원일당 특별약관 ····· 300
자원봉사자 배상책임 특별약관 ····· 301
산업재해 상해사망 특별약관 ····· 304
산업재해 질병사망 특별약관 ····· 305
산업재해 상해장해 특별약관 ····· 306
산업재해 질병장해 특별약관 ····· 307
산업재해 요양진단비 특별약관 ····· 308
산업재해 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관 ····· 308
[비용 및 기타]
사이버금융범죄 담보 특별약관 ····· 310
인터넷직거래사기(기소처분) 담보 특별약관 ····· 312
사이버명예훼손 담보 특별약관 ····· 314
일상생활 배상책임 특별약관 ····· 315
24시간상해 소득보상금 특별약관 ····· 319
업무중상해 소득보상금 특별약관 ····· 319
교통상해 소득보상금 특별약관 ····· 319
휴일교통상해 소득보상금 특별약관 ····· 320
뺑소니·무보험차 상해 소득보상금 특별약관 ····· 321
휴업손해장해발생금 특별약관 ····· 321
실업발생금(Ⅱ) 특별약관 ····· 323
스포츠상해발생금 특별약관 ····· 323
성폭력범죄상해발생금 특별약관 ····· 324
청소년유괴·납치·인질 발생금 특별약관 ····· 325
성폭력범죄발생금 특별약관 ····· 325
강력범죄발생금 특별약관(주택형) ····· 326
강력범죄발생금 특별약관(일상생활형) ····· 327
강력범죄발생금 특별약관(Ⅰ) ····· 328
강력범죄발생금 특별약관(Ⅱ) ····· 329
미성년자유괴인신매매발생금 특별약관 ····· 330
폭력피해발생금 특별약관 ····· 330
행정소송 법률비용 특별약관 ····· 330
민사소송 법률비용 특별약관 ····· 334

민사소송 법률비용Ⅱ 특별약관 ····· 339
특정전염병발생보장 특별약관 ····· 343
교통사고 특수골절 발생금 특별약관 ····· 343
학비 특별약관 ····· 344
출산비용 특별약관 ····· 345
출산후 산후조리원비용(일당)(1일이상 10일한도) 특별약관 ····· 345
다태아 저체중 출산비용 특별약관 ····· 346
출산비용(본인 및 배우자) 특별약관 ····· 346
자녀양육비용 특별약관 ····· 347
미아찾기지원금 특별약관 ····· 347
학교폭력상해 간병비 특별약관 ····· 347
학교폭력피해치료비 특별약관 ····· 347
의료사고법률비용 특별약관 ····· 350
기후재해 상해( )일이상 진단 보장 특별약관 ····· 350
기후재해 긴급 이·후송 보장 특별약관 ····· 351
기상특보일 의료기관 교통비 보장(연간 10회한) 특별약관 ····· 352
기후재해 정신질환 상담 보장(연간 5회한) 특별약관 ····· 353
업무외 사망 보험수익자지정 특별약관 ····· 355
[실손의료비]
기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 ····· 356
국민건강보험 미가입자 추가특별약관 ····· 378
비급여 실손의료비 특별약관 ····· 378
실손의료비 통원부담보 추가특별약관 ····· 391
질병의료비 출산확장 추가특별약관 ····· 391
입원의료비 치과(비급여) 추가특별약관 ····· 392
입원의료비 한방(비급여) 추가특별약관 ····· 393
실손의료비 상해확장보장 추가특별약관 ····· 393
실손의료비 질병확장보장 추가특별약관 ····· 394
특수운동중 실손의료비 추가특별약관 ····· 394
특수운전중 실손의료비 추가특별약관 ····· 394
직무상 선박탑승중 실손의료비 추가특별약관 ····· 395
상해 실손의료비 확장보상 추가특별약관 ····· 395
상해 실손의료비 확장보상 추가특별약관Ⅱ ····· 395
단체실손의료보험 중지제도 특별약관 ····· 396
단체 해외여행 포괄보장 특별약관 ····· 397
해외여행중 상해사망 및 후유장해 특별약관 ····· 398
해외여행중 질병사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관 ····· 399
해외여행중 식중독입원(2일이상) 보장 특별약관 ····· 400
해외여행중 특정전염병 진단비 특별약관 ····· 400
해외여행중 배상책임 특별약관 ····· 400
해외여행중 휴대품손해(분실제외) 특별약관 ····· 404
해외여행중 중대사고 구조송환비용 특별약관 ····· 407
항공기납치 특별약관 ····· 408
항공기 및 수하물 지연비용 특별약관 ····· 408
해외여행 중 여권도난분실 재발급비용Ⅱ 특별약관 ····· 410
해외여행중 중단사고발생 추가비용 특별약관 ····· 411
기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 ····· 413
비급여 해외여행 실손의료비 특별약관 ····· 440
해외발생 상해의료비 자기부담금 설정 추가특별약관 ····· 453

해외발생 질병의료비 자기부담금 설정 추가특별약관 ····· 453
국민건강보험 미가입자 추가특별약관(해외여행) ····· 453
[제도성 특별약관]
환율 특별약관 ····· 454
상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ) ····· 454
질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ) ····· 455
피보험자 확장담보 특별약관 ····· 455
단체계약 특별약관 ····· 455
단체피보험자 지위유지 추가특별약관 ····· 457
단체계약 보험료정산 추가특별약관 ····· 457
단체계약 보험료분납 특별약관 ····· 458
단체포괄계약 특별약관 ····· 459
상품다수구매자 보험계약 특별약관 ····· 459
상품다수구매자 보험계약 보험료정산 추가특별약관 ····· 460
보험기간 설정 추가 특별약관 ····· 460
주계약 부담보 특별약관 ····· 461
가족종합 특별약관 ····· 461

한화단체상해보험(직급) 별표 ····· 462

【별표1】장해분류표 ····· 462
〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 ····· 482
【별표2】과로사관련 질병 분류표 ····· 483
【별표3】과로사관련 특정질병 분류표 ····· 484
【별표4】악성신생물(암) 분류표 ····· 485
【별표5】3대암 분류표 ····· 486
【별표6】여성특정암 분류표 ····· 487
【별표7】제자리 신생물 분류표 ····· 488
【별표8】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 489
【별표9】수술분류표 ····· 490
【별표10】「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서 ····· 494
【별표11】「응급의료에 관한 법률 및 시행규칙」 ····· 495
【별표12】골절분류표 ····· 497
【별표13】화상분류표 ····· 498
【별표14】식중독 분류표 ····· 499
【별표15】뇌졸중 분류표 ····· 500
【별표16】급성심근경색증 분류표 ····· 501
【별표17】여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표 ····· 502
【별표18】골절(치아파절제외) 분류표 ····· 503
【별표19】소아3대암 분류표 ····· 504
【별표20】뇌출혈 분류표 ····· 505
【별표21】뇌혈관질환 분류표 ····· 506
【별표22】독감 및 폐렴 분류표 ····· 507
【별표23】7대질병 분류표 ····· 508
【별표24】허혈성심장질환 분류표 ····· 510
【별표25】14대질병수술 분류표 ····· 511
【별표26】16대질병수술 분류표 ····· 513
【별표27】18대질병수술 분류표 ····· 515
【별표28】21대질병수술 분류표 ····· 517

【별표29】골절(1~5종) 분류표 ····· 520
【별표30】골절(1~5종, 치아파절제외) 분류표 ····· 523
【별표31】수술분류표(1~5종) ····· 526
【별표32】감염병 분류표 ····· 532
【별표33】특정전염병 분류표 ····· 534
【별표34】이비인후과질환 분류표 ····· 535
【별표35】호흡기질환 분류표 ····· 536
【별표36】「자동차손해배상보장법 시행령」에서 정한 특수 골절 항목 ····· 537
【별표37】아나필락시스 분류표 ····· 538
【별표38】탈구,신경손상,으깸손상 분류표 ····· 539
【별표39】외상성절단 분류표 ····· 541
【별표40】독감(인플루엔자) 분류표 ····· 542
【별표41】외상후스트레스장애 분류표 ····· 543
【별표42】자동차사고 부상등급표 ····· 544
【별표43】통풍 분류표 ····· 550
【별표44】대상포진 분류표 ····· 551
【별표45】대상포진눈병 분류표 ····· 552
【별표46】공황장애 분류표 ····· 553
【별표47】특정13대질병수술 분류표 ····· 554
【별표48】정신질환 분류표 ····· 555
【별표49】특정상해성뇌손상 분류표 ····· 556
【별표50】특정상해성뇌출혈 분류표 ····· 557
【별표51】돌발성난청 분류표 ····· 558
【별표52】우울증 분류표 ····· 559
【별표53】산후우울증 분류표 ····· 560
【별표54】남성난임 분류표 ····· 561
【별표55】여성난임 분류표 ····· 562
【별표56】유산 분류표 ····· 563
【별표57】수술분류표(1~5종)Ⅱ ····· 564
【별표58】1~8종 수술 및 시술 분류표 ····· 570
【별표59】부목치료 대상 수가코드 분류표 ····· 587
【별표60】심혈관질환 분류표 ····· 588
【별표61】심혈관특정질환Ⅰ 분류표 ····· 589
【별표62】심혈관특정질환Ⅱ 분류표 ····· 590
【별표63】철결핍빈혈 분류표 ····· 591
【별표64】엽산결핍빈혈 분류표 ····· 592
【별표65】스마트기기·컴퓨터관련 특정질환 분류표 ····· 593
【별표66】온열질환 분류표 ····· 594
【별표67】한랭질환 분류표 ····· 595
【별표68】특정감염병 분류표 ····· 596
【별표69】위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표 ····· 597
【별표70】5대골절 분류표 ····· 598
【별표71】「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액 ····· 599
【별표72】송달료 규칙에 정한 송달료 ····· 600
【별표73】소송목적의 값에 따른 변호사비용 ····· 601
【별표74】뇌·내장손상 분류표 ····· 602
【별표75】학교폭력피해 보호조치 분류표 ····· 604
【별표76】정신질환Ⅰ 분류표 ····· 605
【별표77】정신질환Ⅱ 분류표 ····· 606

【별표78】정신질환Ⅲ 분류표 ····· 607
【별표79】갑상선기능저하증 분류표 ····· 608
【별표80】갑상선기능항진증 분류표 ····· 609
【별표81】척추질환 분류표 ····· 610
【별표82】어린이 특정바이러스질환 분류표 ····· 612
【별표83】내향성손발톱 분류표 ····· 613
【별표84】수족구 분류표 ····· 614
【별표85】성장기특정행동발달장애 분류표 ····· 615
【별표86】성장기특정언어발달장애 분류표 ····· 616
【별표87】성장기자폐증 분류표 ····· 617
【별표88】특정상해성장기손상 분류표 ····· 618
【별표89】기후재해 정신질환 분류표 ····· 619
【별표90】손가락·발가락 절단 수술분류표 ····· 620
【별표91】손가락·발가락 관혈 수술분류표 ····· 621

부록 : 약관에서 인용된 법령 ····· 622

※ 해당 약관은 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

가입자 유의사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반
- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.

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

○ 상해 및 질병 관련 보장
- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ 재물 및 배상책임 관련 보장
- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다. 또한 보험사고가 발생한 경우, 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

○ 다수계약의 비례보상에 관한 사항
- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 약관에서 정한 비율에 따라 보험금을 계산하여 지급합니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있고, 이 경우 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
- 보험기간이 90일 이내인 계약
- 전문금융소비자가 체결한 계약
- 청약을 한 날부터 30일을 초과한 계약

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효

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

가) 신체보장 관련

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

나) 재물손해· 배상책임 보장 관련

- 계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우

5. 계약의 소멸

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니한 때에는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 보험료의 환급 조항에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약전·후 알릴 의무

가) 계약전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실 대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

나) 계약후 알릴의무: 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1) 상해보험
- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.) 등

2) 배상책임보험
- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
- 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있을 때
- 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

3) 화재보험
- 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
- 양도할 때
- 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
- 보험의 목적 또는 보험의 목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워 두거나 휴업하는 경우
- 다른 곳으로 옮길 때
- 위 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

9. 알릴의무 위반시 효과

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

10. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여 드립니다.

다만, 보험금 지급사유의 조사 또는 확인이 이루어져 지급기일 초과가 예상되거나, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다. 만약 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

보험약관			보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권			보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약 당사자	**보험회사**		보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사
	보험계약자		보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
보험계약 관계자	**신체손해·비용손해 보상**	**피보험자**	보험사고 발생의 대상이 되는 사람
		보험수익자	보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
		대리인	다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진사람
	재물손해·배상책임 보장	**피보험자**	보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람
		대리인	다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람
보험료			보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
재물손해·배상책임 보장		**보험목적**	보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화
		보험가액	재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
보험가입금액			보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액
신체손해·비용손해 보장		**보험금**	피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
재물손해·배상책임 보장			피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액
환급보험료			계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸시 보험계약자에게 돌려주는 금액
보험기간			회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간
보장개시일			보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일			계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

주요민원사항

1. 재물손해· 배상책임 보장

가. 비례보상 관련

1) 사례

A씨는 본인 소유의 주택을 화재보험에 가입하던 당시, 취급자로부터 '재조달가액담보 특별약관'을 첨부할 경우 사고발생시 재조달가액을 기준으로 하여 보상처리 받을 수 있으나 이로 인한 요율인상은 없다는 안내를 받아 해당 특별약관을 첨부하여 계약 체결함. 얼마 후 실제로 사고가 발생하여 보상청구 접수하자, 피해목적물의 실제 재조달금액에 한참 미달하는 보험금을 지급받게 되어 불만을 제기함

2) 유의(참고) 사항

화재보험은 기본적으로 사고가 발생한 때와 곳에서의 '보험가액'(시가)을 기준으로 보상처리함. 단, '재조달가액담보 특별약관'을 첨부할 경우 재조달가액(피해 목적물과 동형, 동질의 신품을 재조달하는데 소요되는 금액)을 기준으로 보상처리되며, 이는 보상처리의 기준이 변경되는 것일 뿐 이로 인한 위험의 증가가 없으므로 요율의 인상은 없음. 다만 이 경우에 있어서도 일부보험에 의한 비례보상 원칙은 변함이 없으므로, 보상처리의 기준인 재조달가액을 기준으로 보험가입금액을 설정하여야 하며, 주택물건의 경우 약관상 80% 부보비율 충족시 이를 전부보험으로 보므로 해당 목적물 재조달가액의 80% 이상을 보험가입금액으로 설정하여야 함

나. 풍수재위험담보 특별약관 적용제외에 따른 환급보험료 관련

1) 사례

A씨는 연말에 이르러, 연초에 가입한 화재보험의 풍수재위험담보 특별약관의 적용제외 배서를 요청하였으나 환급보험료가 없다는 사실을 통보받아 불만 제기함

2) 유의(참고) 사항

풍수재위험담보 특별약관을 보험기간 중 적용제외할 경우의 환급보험료는, 요율서상 명시된 단기요율이 적용되어 산출되며, 특히 태풍으로 인한 풍수재사고발생 위험이 집중된 7월, 8월, 9월에 대하여는 각 월에 대하여 10%씩 가산하여 적용하므로 이 기간이 경과한 계약의 풍수재위험담보에 대한 환급보험료는 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있음

2. 신체손해· 비용손해 보상

가. 상해보험 면책사항 관련

1) 사례

전문등반을 취미로 하고 있는 A씨는 주로 활동하고 있는 산악동호회 회원들과 설악산 암벽등반을 하던중 추락하여 척추의 장해가 발생하였지만 보험회사는 보통약관의 『보험금을 지급하지 않는 사유』를 들어 상해 후 유장해 보험금 지급을 거부함

2) 유의(참고) 사항

상해보험 보통약관 『보험금을 지급하지 않는 사유』에서는 전문등반, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 선박승무원 등 위험이 큰 직업, 직무 또는 동호회 활동을 하는 중 보험사고가 발생한 경우 보상을 받지 못함

특수운동중 상해위험 특별약관, 특수운전중 상해위험 특별약관 등 해당 위험을 보상하는 특별약관을 가입하면 해당 위험으로 발생한 사고에 대해서 보상을 받을 수 있음

나. 치료비 중 자기부담금 공제 관련

1) 사례
A씨는 넘어져 갈비뼈에 금이 가는 상해를 당해 통원치료 후 병원 외래진료비 및 약국 처방조제비를 실손의료보험을 가입한 보험사에 보상을 청구하였으나, 실손의료비 청구금액과 지급보험금이 달라 불만 제기

2) 유의(참고) 사항
약관에 의거하여 통원의료비의 경우 요양기관의 분류에 따라 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 약관에서 정한 공제금액을 공제후 보험금을 지급하고 있으므로 가입한 약관 등을 꼼꼼히 살펴 공제금액이 얼마인지 확인할 필요

다. 여행보험 가입 후 고가의 물품을 도난당한 경우 보상한도

1) 사례
A씨는 신혼여행중 구입한 목걸이를 분실한 사고를 당하여, 현지 경찰서에 도난신고를 하여 '도난 증명서'를 발급받고 귀국후 보험사에 보상금을 청구하였으나, 보험사는 약관에 따라 물품 1개당 20만원만 보상이 가능함을 알고 불만제기

2) 유의(참고) 사항
일반적인 여행보험 상품은 해당 물품의 본래 가격이 아무리 높더라도 물품 한 개당 보상한도를 20만원까지만 제공하므로 이점을 참고하시기 바람

라. 여행보험 가입 후 물품을 분실한 경우 보상여부

1) 사례
B씨는 1달간의 유럽여행중 관광지에서 화장실에 들러 세면을 하면서 시계를 풀러 놓고 다음 관광지로 이동하여 시계를 분실, 이에 귀국하여 시계에 대한 보상을 청구하였지만 보험사로부터 보상대상이 아니라는 안내를 받고 불만 제기

2) 유의(참고) 사항
대부분의 여행보험 상품은 '분실'이 아닌 '도난' 또는 '파손'에 의한 물품 손해만 보상하고 있으므로 '분실'로 인한 손해는 보상을 받지 못함. '도난'으로 인한 손해를 보상 받으려면 반드시 현지 경찰서에 신고하여 '도난 증명서(Police Report)'을 발급받아 귀국후 보험사에 제출해야 함

마. 골프장 이외의 장소에서 골프용품을 도난 당한 경우 보상여부

1) 사례
A씨는 평소 골프를 즐겨 골프장 내에서의 사고를 담보하는 골프보험을 가입하였고, 아파트 주차장내에서 차량 트렁크안에 보관하던 골프채를 도난 당한 사실을 알고 골프보험을 가입한 보험사에 보험금 청구를 하였으나, 골프시설 구내에서 발생한 사고가 아니므로 보상 대상이 아니라는 안내를 받고 불만 제기

2) 유의(참고) 사항
골프보험의 경우 보통약관에서 보상하는 손해는 골프시설(골프장 또는 골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함)구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함)중 손해만 보상하고 있으므로 골프시설 이외에서 발생한 사고로 인한 손해는 보상을 받지 못함. 보통약관에 정한 골프용품 손해 외에 골프장 구내에 위탁보관 중 또는 골프장 구내 밖의 장소에서 입은 골프용품 손해를 보상받기 위해서는 '골프용품손해 확장 특별약관'을 추가로 가입하여야 함.

이 주요민원 사항은 통상적인 민원사항을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험금 지급 관련 주의사항 안내

○ 보험금 지급절차 안내



○ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (「상법」 제662조)

○ 보험금 지급심사 위탁

- 「보험업감독규정」[금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 '금융기관의 업무위탁은 금융업을 영위하기 위하여 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다'라고 명시하고 있습니다.

○ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 「보험업법」에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

※ 손해사정법인 : 「보험업법」에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

- 보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하셔야 합니다.

○ (보험상담 및 분쟁조정절차에 관한 사항) 이 보험계약과 관련하여 의문사항 또는 불만(민원)이 있을 경우 해당 모집자나 고객상담센터(1566-8000) 또는 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에 문의할 수 있고, 분쟁이 발생한 경우에는 금융감독원(국번없이 1332, www.fss.or.kr)등의 도움을 요청할 수 있습니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   나. 장해: 【별표1】장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

> 【보험가입금액 한도 제한】 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법
>
> 【일부 보장 제외】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법
>
> 【보험금 삭감】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 유형에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법
>
> 【보험료 할증】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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

> 【연단위 복리 계산법 예시】
> 100원(원금)+100원×10%(1년차 이자)+[100원+100원×10%]×10%(2년차 이자) = 총121원

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절은 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

【예시】
질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1 이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02 이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급 시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

② 제1항 제2호의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

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

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

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

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

【가지급보험금】
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다. (이하 같습니다.)

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표] '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

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

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

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

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

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

제10조(주소변경통지)

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

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

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제2호의 경우는 피보험자로 합니다.

【법정상속인】
법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임(계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무)을 연대로 합니다.

【연대】
2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지고(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름) 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

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

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

【직무】직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

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



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

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

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

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

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

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

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

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

고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

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

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

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

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

제16조(사기에 의한 계약)

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제18조(청약의 철회)

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

【전문금융소비자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

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

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

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

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

【약관의 중요한 내용】
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요한 사항

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

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

제20조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
   다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자】
심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

【심신박약자】
심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

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

제21조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

【유의사항】
회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보

며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

【유의사항】
보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

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

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【유의사항】
해당연도의 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일: 1988년 10월 2일, 현재(계약일): 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 − 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

【유의사항】
청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제23조(계약의 소멸)

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

제 5 관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

【납입최고】약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)

에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

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

제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

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

【타인을 위한 계약】
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

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

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

【강제집행】 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무의 이행하는 것을 말합니다.
【담보권실행】 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
【국세 및 지방세 체납처분 절차】 국세 또는 지방세를 체납할 경우 「국세 기본법」 및 「지방세법」에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

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

② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되

어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급) 에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제29조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는「금융소비자 보호에 관한 법률」제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

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

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고「민법」등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

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

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

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

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

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

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

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

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효 또는 해지의 경우에는 무효의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 날에 해당하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 보험사가 해지권을 행사하는 경우 '청구일'은

보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제33조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이「금융소비자 보호에 관한 법률」제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제34조(관할법원)

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

제35조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.(이하 같습니다.)

제36조(약관의 해석)

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제37조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

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

제38조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

【현저하게 공정을 잃은 합의】
회사가 보험수익자의 경제적, 신체적, 정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일, 유사 사례에 비

추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제39조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제40조(준거법)

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

제41조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】 예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로 부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 「예금자보호법」에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

한화단체상해보험(직급) 특별약관

24시간 상해사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 사망 및 50%초과 후유장해**
*** 사망 및 80%초과 후유장해**
*** 사망 및 100%후유장해**

24시간 상해( )%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 이상의 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 50%이상 후유장해**
*** 80%이상 후유장해**
*** 100%이상 후유장해**

24시간 상해( )%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 미만의 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 50%미만 후유장해**
*** 80%미만 후유장해**

24시간 상해( )%초과 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%초과에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 7%초과 후유장해**
*** 10%초과 후유장해**
*** 20%초과 후유장해**

업무중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 업무중 상해(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 업무중 상해(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 업무외 상해(출·퇴근을 포함합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 업무외 상해(출·퇴근을 포함합니다)로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일 상해사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 휴일상해 사망 및 50%초과 후유장해**
*** 휴일상해 사망 및 80%초과 후유장해**
*** 휴일상해 사망 및 100%후유장해**

휴일 상해( )%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 이상의 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액을 고도후

유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 휴일상해 50%이상 후유장해**
*** 휴일상해 80%이상 후유장해**
*** 휴일상해 100%이상 후유장해**

휴일 상해( )%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 미만의 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 휴일상해 50%미만 후유장해**
*** 휴일상해 80%미만 후유장해**

교통상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자

동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 교통상해 사망 및 50%초과 후유장해**
*** 교통상해 사망 및 80%초과 후유장해**
*** 교통상해 사망 및 100% 후유장해**

교통상해 ( )%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 이상의 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 교통상해 50%이상 후유장해**
*** 교통상해 80%이상 후유장해**
*** 교통상해 100%이상 후유장해**

교통상해 ( )%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 미만의 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 교통상해 50%미만 후유장해**
*** 교통상해 80%미만 후유장해**

휴일 교통상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
   1. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
   2. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
   1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
   2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
   3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
   1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
   2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
   3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
   4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제4조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일 교통상해사망 및 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제4조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 휴일교통상해 사망 및 50%초과 후유장해**
*** 휴일교통상해 사망 및 80%초과 후유장해**
*** 휴일교통상해 사망 및 100% 후유장해**

휴일 교통상해( )%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 이상의 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 휴일교통상해 50%이상 후유장해**
*** 휴일교통상해 80%이상 후유장해**
*** 휴일교통상해 100%이상 후유장해**

휴일 교통상해( )%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간중 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 ( )% 미만의 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)

4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

*** 휴일교통상해 50%미만 후유장해**
*** 휴일교통상해 80%미만 후유장해**

신주말 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 사고발생지의 금요일 오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 사고발생지의 금요일 오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보장의 시기와 종기)
회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 금요일오후(12시에 시작하여 24시까지) 및 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

신주말 교통상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 사고발생지의 금요일오후(12시에 시작하여 24시까지), 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급

2. 보험기간 중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조 제1항 제1호의 사망보험금의 경우 피보험자의 사망일이 아닌 상해 발생일을 기준으로 보험금 지급 여부를 판단합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제4조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 금요일오후(12시에 시작하여 24시까지) 및 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뺑소니·무보험차 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항 제1호의 뺑소니사고라 함은 피보험자가 자동차보유자를 알 수 없는 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 「자동차손해 배상 보장법」상의 자동차보유자를 알 수 없는 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

③ 제1항 제1호의 무보험자동차에 의한 사고라 함은 피보험자가 「자동차손해 배상 보장법」상의 책임보험을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상 책임보험에 가입되지 않은 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해를 보상하지 않습니다.

① 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사항

② 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운행하던 중 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통이용중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 승객으로서 대중교통 이용중에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 승객으로서 대중교통 이용중에 발생한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 「대중교통 이용중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」라 함은 다음 각호와 같습니다.

1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

③ 제2항의 대중교통수단 이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 「여객자동차운수사업법시행령」 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 「여객자동차운수사업법시행령」 제3조의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습합니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

철도·지하철·항공기사고 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 사고로 발생한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로

지급

② 제1항의 사고라 함은 다음 각호와 같습니다.

1. 철도 및 지하철 사고
2. 항공기 사고

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

〈용어풀이〉

⦿ 철도 및 지하철사고라 함은 운행중의 기차, 전동차 및 기동차에 피보험자가 탑승하지 않은 때 이들 운행중의 기차, 전동차 및 기동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들의 충돌, 접촉, 화재 및 폭발사고와 피보험자가 탑승하고 있을 때 또는 승객(입장객 포함)으로서 승강장 안에 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.

⦿ 기차, 전동차, 기동차의 「운행중」이란 기차, 전동차, 기동차의 당해장치인 원동기장치, 조향장치, 고정장치 등을 그 장치의 용법에 따라 사용하는 중을 말합니다.

⦿ 항공기사고라 함은 피보험자가 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서 비행장 구내란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

⦿ 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

㉠ 기차, 전동차, 기동차, 케이블카 (공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

㉡ 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

㉢ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

㉣ 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

철도·지하철사고 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 사고로 발생한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 사고라 함은 다음 각호와 같습니다.

1. 철도 및 지하철 사고

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는

동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>
⦿ 철도 및 지하철사고라 함은 운행중의 기차, 전동차 및 기동차에 피보험자가 탑승하지 않은 때 이들 운행중의 기차, 전동차 및 기동차(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들의 충돌, 접촉, 화재 및 폭발사고와 피보험자가 탑승하고 있을 때 또는 승객(입장객 포함)으로서 승강장 안에 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.
⦿ 기차, 전동차, 기동차의 「운행중」이란 기차, 전동차, 기동차의 당해장치인 원동기장치, 조향장치, 고정장치 등을 그 장치의 용법에 따라 사용하는 중을 말합니다.

항공기탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 항공기사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 항공기사고로 발생한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 「항공기사고」라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 자동차 및 기타 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서「비행장구내」란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

③ 제2항에서 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다)
5. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 않은 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항공기 1회 탑승당 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 항공기사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 항공기사고로 발생한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 「항공기사고」라 함은 항공기 탑승중의 사고, 비행장 구내에서의 사고 및 피보험자가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 자동차 및 기타 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다. 여기서「비행장구내」란 비행기 탑승시 각 항공사의 개찰구 안쪽을 말합니다.

③ 제2항에서 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다)
5. 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 않은 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

국제신용카드회원 항공기탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보

험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 상해라 함은 다음 각호와 같습니다.
1. 피보험자가 국제신용카드회원의 자격기간중 승객으로서 항공기에 탑승하고 있는 동안 상해
2. 피보험자가 승객으로서 항공운송사업자가 노선을 정하여 운행하는 항공기에 탑승할 경우
   가. 항공기의 탑승자에 한해 입장이 허용되는 비행장 구내에서의 상해
   나. 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자가 목적지에 도착할 때까지 계속해서 항공운송사업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 상해
   다. 위 가, 나항은 당해 항공기의 탑승요금이 국제신용카드에 의해 지급된 경우에만 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자 수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 계약체결과 동시에 계약일 현재의 국제카드회원수(개인회원과 법인회원을 말합니다. 이하 같습니다)에 해당하는 보험료를 예치보험료로 납입하여야 합니다.
2. 계약자는 매월 10일까지 전월말 현재 유효한 국제카드회원수에 관한 서류를 회사에 제출해야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
3. 회사는 보험기간중이나 보험기간만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
4. 회사는 보험기간만료와 동시에 위에 의한 월간 평균 국제카드회원수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다. 그러나 이 확정보험료는 예치보험료의 2/3를 밑돌 수 없습니다.

제4조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 피보험자가 소지한 국제신용카드의 회원성격에 따라 다음과 같으며 위험의 정도에 따라 ( )한도로 인수합니다.

1계좌당 보험가입금액

개인회원 :

가족회원 :

제5조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

〈용어풀이〉
⦿ 국제신용카드
국제적 가맹점에 대하여 통용(결제)될 수 있는 카드를 발급하는 회사(이하「국제신용카드발행회사」라 합니다)가 정해진 수속을 거쳐 발행, 대여하는 국제신용카드를 말합니다.
⦿ 국제신용카드 회원
국제신용카드발행회사가 회원자격을 수여하고 국제신용카드를 대여한 자로, 공여되는 형태에 따라 개인회원, 가족회원 및 법인회원으로 구분되는 자를 말합니다.
⦿ 피보험자
국제신용카드발행회사의 회원으로 합니다. 단, 법인 회원인 경우는 당해 카드의 사용자로서 명의가 등록된 자로 합니다.
⦿ 회원의 자격기간
회원의 자격기간은 국제신용카드회사가 국제신용카드 회원으로서 입회를 승인한 날의 다음날 오전 0시부터, 다음과 같은 사실이 발생한 날의 오후 12시까지로 합니다.
㉠ 국제신용카드회사가 회원으로서 부당하다고 판단한 경우 : 국제신용카드회사가 당해 회원에게 회원자격을 취소하겠다는 통지를 발송한 날
㉡ 회원이 국제신용카드회사를 탈퇴하는 경우 : 정해진 신고용지에 의해 신고하고 그것을 국제신용카드회사가 수령한 날

국내전용신용카드회원 항공기탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 상해라 함은 국내전용신용카드회원의 자격 기간중 승객으로서 해당 국내전용카드로 탑승요금이 지불된 항공기에 탑승하고 있는 동안 발생한 상해를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

운전중 자동차사고 성형치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자가용 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔(흉터)이나 추상(추한모습)장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 성형비용 위로금으로 지급하여 드립니다. 다

만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보장하여 드리지 않습니다.

② 피보험자가 같은 사고로 제1항에 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보장하여 드립니다.

③ 제1항에서 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

도로보행중 교통상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 보행자로서 도로에서 운전중인 교통수단(적재물을 포함합니다. 이하 같습니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 보행자로서 도로에서 위 제1호의 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 운전이라 함은「도로교통법」제2조(정의) 제26호에 따른 운전을 말하며, 도로에서 차마 또는 노전면차를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것(조종 또는 자율주행시스템을 사용하는 것을 포함합니다)을 말합니다.

③ 제1항에서 보행자라 함은 도로를 보행하거나 노상 작업중인 자, 노상 유희중인 자, 도로에 서 있거나 누워있는 사람, 장애인용 휠체어를 타고 있거나 밀고 가는 사람, 세발자전거나 모형자동차에 타고 있는 아이 또는 이를 밀고 가는 사람, '이륜차, 원동기장치자전거 및 자전거'를 끌고 가는 사람을 말합니다.

④ 제1항의 "교통수단"이라 함은 아래 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
2. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

⑤ 제3항의 자전거라 함은 "자전거 이용 활성화에 관한 법률" 제2조에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제1항 이외에도 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하던 중 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교생활중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 보험증권에 기재된 학교생활중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 보험증권에 기재된 학교생활중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 학교생활중이란 다음을 말합니다.
1. 학교수업중(정규의 교육활동 외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
2. 학교수업외, 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다.)
4. 통상적인 경로를 통하여 하는 등하교중

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」 등 교육 관계법과 「영유아보육법」, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 등에 의한 교육기관과 유사 교육 관계법령에 의해 인허가를 득하거나 등록 또는 신고필한 교육기관에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교생활외 상해사망 및 후유장해(Ⅰ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 학교생활 외에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 학교생활 외에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 "학교생활외"란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.
1. 피보험자가 재학중인 학교수업중(정규의 교육활동외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동을 포함합니다)
2. 피보험자가 재학중인 학교수업외 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 피보험자가 재학중인 학교의 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다.)
4. 피보험자가 재학중인 학교에 통상적인 경로를 통하여 하는 등하교중

제2조(피보험자의 범위)

① 이 특별약관의 피보험자는 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」 등 교육 관계법과 「영유아보육법」, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 등에 의한 교육기관과 유사 교육 관계법령에 의해 인허가를 득하거

나 등록 또는 신고필한 교육기관에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.
② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교생활외 상해사망 및 후유장해(Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 평일 학교생활 외에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 평일 학교생활 외에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 "학교생활외"란 아래의 경우를 제외한 모든 생활을 말합니다.
1. 피보험자가 재학중인 학교수업중(정규의 교육활동 외에 기타 학교가 행하는 모든 특별활동 을 포함합니다)
2. 피보험자가 재학중인 학교수업외 기타 통상적인 학교활동을 위해 학교에 있는 동안
3. 피보험자가 재학중인 학교의 특별교육행사 참가중(반드시 학교 교직원의 인솔이 있어야 합니다.)
4. 피보험자가 재학중인 학교에 통상적인 경로를 통하여 하는 등하교중

③ 제1항에서 "평일"이란 사고발생지의 표준시를 기준으로 하여 토요일, 일요일 및 공휴일(「관공서의 공휴일에 관한 규정」에서 정한 공휴일)을 제외한 날을 말합니다.

제2조(피보험자의 범위)
① 이 특별약관의 피보험자는 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」 등 교육 관계법과 「영유아보육법」, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 등에 의한 교육기관과 유사 교육 관계법령에 의해 인허가를 득하거나 등록 또는 신고필한 교육기관에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.
② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교폭력 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 타인의 물리적 강제력에 의한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 타인의 물리적 강제력에 의한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 「초·중등교육법」이 정하는 각 급 학교와 「유아교육법」, 「영유아보육법」에 의해 설립된 유치원, 유아원에 재학하는 증권에 기재된 학생(원생)으로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운전중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 상해라 함은 다음 각호로 발생한 상해를 말합니다.

1. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

안전벨트착용중 사망 특별약관(Ⅰ)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중 안전벨트를 착용한 상태에서 교통사고로 사망하였을 때에는 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

안전벨트착용시탑승중 상해사망 및 후유장해 특별약관(Ⅱ)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 안전벨트를 착용한 상태에서 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한

사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 안전벨트를 착용한 상태에서 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정여가활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 상해라 함은 다음 각호로 발생한 상해를 말합니다.
1. 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 단, 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안. 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안
   - 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅, 요가, 무용 및 이와 비슷한 운동
2. 게이트볼(시합 또는 5인 이상이 연습하는 경우에 한함)을 하는 동안
3. 낚시(직업적인 물고기잡이는 제외)를 하는 동안
4. 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안. 단, 대상이 되는 시설은 시설내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료 개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.
   가. 영화관, 콘서트홀, 스포츠관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며, 유흥접객업소는 제외합니다)
   나. 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설
5. 숙박을 동반한 여행목적을 갖고 주소지를 출발하여 당해 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안. 단, 업무출장 및 업무목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운동중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 상해라 함은 다음 각호로 발생한 상해를 말합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

체육시설이용중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 운동중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 운동중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 운동중 상해라 함은 보험증권에 기재된 체육시설업자(「체육시설의 설치 및 이용에 관한 법률」에 의거, 적법하게 설립립·운영되는 체육시설업자) 관리하의 체육시설 구내에서 다음 각호에서 정한 운동종목 중 하나의 운동을 하던중 발생한 상해를 말합니다.

1.의 운동 : 레슬링, 권투, 씨름, 태권도 및 이와 유사한 운동
2.의 운동 : 유도, 핸드볼, 농구, 볼링, 체조 및 이와 유사한 운동
3.의 운동 : 검도, 펜싱, 스케이트, 탁구, 배구, 배드민턴, 골프, 수영, 에어로빅, 발레 및 이와 유사한 운동

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 체육시설구외에서의 상해 및 피보험자가 체육시설업자에게 등록한 제1조 제1항 각호의 운동이외의 다른 운동을 체육시설에서 행할 경우 입은 상해에 대하여도 보상하여 드리지 않습니다.

② 단, 피보험자가 제1조 제1항의 1.의 운동에 이어 2.또는 3.의 운동을 계속할 경우 또는 2.의 운동에 이어 3.의 운동을 계속할 경우에 발생한 사고에 대해서는 보상하여 드립니다.

제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 정하는 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 시설을 이용하는 자로서 월회원 및 일일회원 모두를 말합니다.

제4조(예치보험료)

예치보험료는 운동종목별로 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균 인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제5조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산하며 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정된 경우 계약자의 서류를 열람 할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제6조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

노동조합활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
   1. 보험기간 중 노동조합활동중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
   2. 보험기간 중 노동조합활동중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 노동조합활동중 상해(전임임원인 경우 출퇴근을 포함합니다)라 함은 다음 각호에 기재된 상해를 말합니다.
   1. 조합활동 종사중, 조합행사 참가중
   2. 조합활동, 행사 참가를 위한 왕복 도중
   3. 「노동쟁의 조정법」상의 합법적인 쟁의활동 중

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 노동쟁의 활동중 폭력이나 파괴행위로 입은 상해(다만, 「노동조합법」 제2조의 정당행위인 경우에는 그러하지 않습니다)

제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 정하는 피보험자라 함은 전임 및 비전임을 묻지 않고 당해 조합의 정부위원장, 집행위원, 각분회 위원장, 대의원을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

방송국출연진단체 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 촬영활동중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 촬영활동중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 촬영활동중 상해라 함은 방송국 관리하에서 행하는 다음 각호로 발생한 상해를 말합니다.
1. 촬영활동(예행연습을 포함합니다) 중
2. 촬영활동 시작전 또는 종료후에 촬영장소에 있는 중
3. 촬영활동을 위해 방송국이 지정한 장소와 피보험자 주소지와의 통상적인 경로 왕복도중

제2조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 촬영활동에 있어서 보험증권에 기재한 역할을 담당하는 모든 사람으로 합니다.

② 제1항에 있어서 어떠한 경우라도 회사가 객관적으로 확인할 수 있는 촬영활동 계획이나 촬영활동 상황과 함께 급여명부에 기재된 사람으로 한합니다.

제3조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 이 계약의 각 피보험자에 대하여 동일하게 하며 보험증권에 기재된 금액으로 합니다.

제4조(피보험자의 명부)

① 계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

② 계약자가 정당한 이유없이 제1항의 열람을 거부할 때에는 회사는 보상하여 드리지 않습니다.

제5조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제6조(보험료의 정산)

보험료는 피보험자 수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 월간평균 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제7조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외국인산업기술연수자단체 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(적용범위)

이 특별약관은 연수업체를 대표하여 중소기업협동조합중앙회를 계약자로 하고 연수업체에 소속된 외국인 산업기술 연수자를 피보험자로 하는 보험계약을 체결하는 것에 대하여 적용합니다.

제3조(보험가입금액)

① 피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.
② 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제4조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제2조의 연수업체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

제5조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 연수업체에 소속된 외국인 산업기술 연수자로 합니다.
② 이 보험계약이 성립된 후 연수업체를 무단으로 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격은 상실되며 그로 인한 사고는 보상하지 않습니다.

제6조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제7조(피보험자의 신청)

이 특별약관에서의 피보험자수는 이 보험계약에 부보된 총 피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약 특별약관의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제8조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)

① 이 특별약관을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
② 이 계약기간중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.
③ 회사는 제1항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
④ 제1항에 따라 피보험자가 교체되는 경우에는 피보험자 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 피보험자 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제9조(보험료의 환급)

계약자의 책임 있는 사유로 계약을 해지하는 경우에는 보통약관 제32조(보험료의 환급) 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액을 돌려 드립니다. 그러나 위와 같이 계산한 경과보험료가 지급보험금보다 많은 경우에 한합니다.

제10조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스카우트단체 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 단체활동중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 단체활동중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 단체활동중 상해라 함은 다음 각호로 발생한 상해를 말합니다.

1. 단체활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다) 중
2. 단체활동 시작전 또는 종료후에 단체활동 장소에 있는 중
3. 단체활동을 위해 단체가 지정한 장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 왕복중

제2조(피보험자의 범위)

① 피보험자는 단체의 소속원으로 한국보이스카우트연맹이나 한국걸스카우트연맹에 등록된 사람을 말합니다.

② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우에 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 이 보험계약의 각 피보험자에 대하여 동일하게 하며 보험증권에 기재된 금액으로 합니다.

제4조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제5조(보험료의 정산)

① 계약자는 보험기간중에 피보험자가 증감된 경우 보험기간만료일 이후 30일이내에 그 증감내역을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

② 제1항의 경우 회사는 증감자에 대하여 일단위로 보험료를 계산하여 계약을 체결할 때에 납입한 보험료와 비교하여 그 차액을 받거나 돌려드립니다.

제6조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스카우트단체지도자 상해사망 및 후유장해 추가특별약관

제1조(피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 스카우트단체의 지도자를 스카우트단체 상해사망 및 후유장해 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 부담하는 피보험자로 합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 스카우트단체 상해사망 및 고도후유장해 특별약관을 따릅니다.

폭발·화재·붕괴 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 상해라 함은 다음 각호로 발생한 상해를 말합니다.

1. 폭발, 파열 및 화재(벼락 포함)사고
2. 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함)의 붕괴·침강 또는 사태사고

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 운행중인 자동차의 화재, 폭발·파열사고로 입은 신체상해
2. 화재사고가 아닌 사유로 신체에 입은 화상

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

⦿ 건물 및 건축구조물의 붕괴·침강 또는 사태란 다음의 경우를 말합니다.

㉠ 붕괴란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 또는 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것을 말함. 단, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 않습니다.

㉡ 침강이란 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 또는 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 내려앉는 것을 의미합니다.

㉢ 사태란 비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미합니다.

강도상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 강도 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 강도 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조의 강도는 폭행 또는 협박으로 인하여 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자를 말하며, 강도에 대한 구체적인 정의는 「형법」 제333조~336조를 따르며, 이에 따른 사고는 「형법」 제337조~제339조에 의합니다.

② 제1조의 강도상해사고의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련 자료에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인, 감수인 또는 보험수익자가 저지르거나 가담한 강도 손해

2. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 강도손해
3. 「형법」 제340조의 해상강도손해
4. 피보험자의 의수, 의족, 의치 및 이와 유사한 신체보조장구에 입은 강도손해
5. 타인을 위한 보험계약에서 보험계약자의 고의

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

익사사고 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중 익사사고로 사망하였을 때에는 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 익사사고라 함은 피보험자가 수영 중 또는 다이빙 중에 사망하거나 혼수상태에 빠지는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다 등에 빠져 사망하거나 혼수상태에 빠지는 사고를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자연재해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자연재해로 인하여 사망한 경우에는 이 약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의 "자연재해"라 함은 다음과 같습니다.
1. 「재난 및 안전관리 기본법」 제3조(정의) 제1호 가목에서 정의된 "자연재난"중 아래의 사고

〈자연재난〉 태풍, 홍수, 호우, 강풍, 풍랑, 해일, 대설, 낙뢰, 가뭄, 지진, 황사, 조류 대발생, 조수, 화산활동, 소행성/유성체 등 자연우주물체의 추락/충돌, 그 밖에 이에 준하는 자연현상으로 인하여 발생하는 재해

2. 폭염으로 인한 일사병 및 열사병
(한국표준질병·사인분류 분류번호 T67)
3. 한랭질환으로 인한 저체온증
(한국표준질병·사인분류 분류번호 T68)

③ 제2항의 "자연재난"에 의한 사망은 「재난 및 안전관리 기본법 시행규칙」 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

〈용어풀이〉 ⦿ 실종선고 어떤사람이 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정으로 「민법」 제 27 조(실종의 선고)를 따릅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다). 산후기, 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정사회재난사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정사회재난으로 인하여 사망한 경우에는 이 약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 "특정사회재난"이라 함은「재난 및 안전관리 기본법」제3조(정의) 제1호 제나목에 정의된 아래의 사고를 말합니다.
1. 화재
2. 붕괴
3. 폭발
4. 열차, 항공, 해상사고
5. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병

③ 제2항 제1호 내지 제4호의 재난은 「재난 및 안전관리 기본법 시행령」 제2조(재난의 범위)에 따라 국가 또는 지방자치단체 차원의 대처가 필요한 피해 또는 행정안전부장관이 재난관리를 위하여 필요하다고 인정하는 피해를 말합니다.

④ 제2항의 "특정사회재난"에 의한 사망은 「재난 및 안전관리 기본법 시행규칙」 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다). 산후기, 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한

경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

사회재난(감염병제외)사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 사회재난(감염병제외)으로 인하여 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급하여 드립니다.
1. "사회재난(감염병제외)"이라 함은 「재난 및 안전관리 기본법」 제3조(정의) 제1호 나목에서 정의된 "사회재난"을 말합니다. 다만, 「재난 및 안전관리 기본법」 제3조(정의) 제1호 나목의 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따른 감염병은 제외합니다.
2. 제1호의 "사회재난(감염병제외)"에 의한 사망은 「재난 및 안전관리 기본법 시행규칙」 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다). 산후기, 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

신체부위별 후유장해 특별약관

□ 눈의 장해 및 외모추상(추한 모습)장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 눈에 장해가 발생하였거나 외모에 추상(추한 모습)장해상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

□ 귀의 장해 및 외모추상(추한 모습)장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 귀의 장해가 발생하였거나 외모에 추상(추한 모습)장해상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

□ 입(□) 기능의 장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 입(씹거나 말하는 기능)이 장해 상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

□ 외모(얼굴, 머리, 목) 추상(추한 모습)장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 외모에 추상(추한 모습) 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>
⦿ 외모(얼굴, 머리, 목)의 추상(추한 모습)장해
추상(추한 모습)장해란 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
가. 외모의 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 반 크기 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 두개골의 손바닥 크기 이상의 손실 및 결손
3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)
나. 외모의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 1/4 크기 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 두개골의 손바닥 1/2 크기 이상의 손실 및 결손
3) 목
손바닥 1/2 크기 이상의 추상(추한 모습)

□ 팔(손/손가락)의 장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 팔(손/손가락)이 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

□ 다리(발/발가락)의 장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 다리(발/발가락)이 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

□ 팔(손/손가락) 또는 다리(발/발가락)의 장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 팔(손/손가락) 또는 다리(발/발가락)이 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

□ 등뼈 및 정신·신경계통의 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 보험기간 중 상해를 입어 등뼈 및 정신·신경계통이 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급

합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의사상자 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 보험기간 중 피보험자가 직무외의 행위로 타인의 생명, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 또는 재산의 급박한 피해를 구제하다가 신체에 상해를 입어「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「동시행령」의 규정에 따라 의사상자로 판정되는 경우 이 특별약관에 따라 보험수익자에게 약정한 보험금을 보상하여 드립니다.
1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 의사자로 판정된 경우: 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 상해로 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「동시행령」의 의상자의 부상등급에 해당하는 부상을 입었을 때: 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「동시행령」 [별표2] 의상자의 부상등급별 보상금의 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

[별표2] 의사상자 부상등급별 보상금

등급	보상금
제1급	제12조제1항에 따른 의사자유족에 대한 보상금(이하 "의사자보상금"이라 한다)의 100/100
제2급	의사자보상금의 88/100
제3급	의사자보상금의 76/100
제4급	의사자보상금의 64/100
제5급	의사자보상금의 52/100
제6급	의사자보상금의 40/100
제7급	의사자보상금의 20/100
제8급	의사자보상금의 10/100
제9급	의사자보상금의 5/100

상해사고 ( )일이상 진단위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )일 이상 최초 진단을 받고(추가 진단은 해당하지 않습니다.) 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 하나의 사고당 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사고 진단위로금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는

다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해(교통상해 제외)사고 ( )일이상 진단위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(교통상해는 제외합니다)로 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )일 이상 최초 진단을 받고(추가 진단은 해당하지 않습니다.) 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 하나의 사고당 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사고 진단위로금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 교통상해라 함은 다음 각 호의 상해를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 입은 상해
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고로 입은 상해

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조 별표1에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해확장보상 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험

금으로 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 그러나 보험수익자가 보험금의 일부를 받은 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나 후유장해가 발생하였을 경우 그 추가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해확장보상 특별약관 II

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제4호 및 제5호, 제2항 제3호에도 불구하고 제1항에 해당하는 경우 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

제3조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나 후유장해가 발생하였을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니

다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

( )보험금만의 지급 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 ( )약관에 관계없이 ( )보험금만을 지급합니다.

【예시】
제1조(보험금의 지급사유)
회사는 보통약관에 관계없이 후유장해보험금만을 지급합니다.

제2조(준용규정)
이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관을 따릅니다.

질병사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병80%이상고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병50%이상후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전

에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병80%미만후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

과로사담보 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 과중한 업무부담의 지속으로 인하여 업무를 하던 중(이하 “업무중”이라 합니다) 과로사관련 질병 분류표(【별표2】 참조)에서 정하는 뇌혈관질환 내지 심질환의 급격한 발현 또는 악화로 돌연히

사망(이하 “돌연한 사망”이라 합니다)하게 된 경우(이하 “과로사”라 합니다)에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 과로사 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 말하는 “과중한 업무부담의 지속”이란 다음 각호의 하나 이상의 상태가 사망일 직전에 지속된 것을 말합니다.

1. 직전 3일 이상 연속적으로 일상업무 보다 30%이상 업무량과 시간이 증가
2. 월 50시간이상의 잔업
3. 직전 1개월 내의 소정 휴일의 반 이상의 출근 근무
4. 직전 1개월 내의 10일 이상의 지방출장 (격지에의 단신부임을 포함합니다)
5. 직전 1주일 이내의 근무환경의 급격한 변화로 인정되는 전환배치
6. 직전 24시간 이내의 일반인이 적응하기 어렵다고 여겨지는 근로의 수행

③ 제1항의 “업무중” 및 “돌연한 사망”이란 아래의 경우를 말합니다.

1. 업무중이란 피보험자의 통상적인 근무장소(출장지를 포함합니다)에서 근무 중일 때와 그 근무장소로의 이동 중인 교통수단 안에서 이동 중일 때 및 통상적인 거주지(출장지에서의 숙박장소 포함)에서의 수면중인 경우를 말합니다.
2. 돌연한 사망이란 피보험자가 제1항에서 정한 뇌혈관질환 내지 심질환에 의한 병변의 발증 내지 악화로 의식불명상태가 되고 그것을 직접원인으로 하여 그날로부터 4주 이내 사망(뇌사상태를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 기왕의 질환이 자연발생적으로 악화되었음에 대한 의학적 소견이 있을 때
2. 과도, 격렬한 운동 중 또는 통상적인 주량을 초과하는 음주로 인하여 사망한 때
3. 싸움, 폭행, 과도한 언쟁 등 업무와 관계없는 사건으로 사망한 때

제4조(보험금의 청구)

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 구비서류 및 사고증명서(사망진단서, 사체검안서, 부검소견서, 발병진단서 등)를 제출하여야 합니다.

② 회사는 필요한 경우에는 피보험자, 그와 세대를 같이 하는 친족 또는 피보험자 근무회사의 임직원 등을 대상으로 사고상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

과로사관련 특정질병 사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 과로사관련 특정질병(【별표3】과로사관련 특정질병분류표 참조)으로 사망한 경우 : 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중에 진단확정된 과로사관련 특정질병(【별표3】과로사관련 특정질병분류표 참조)의 직접결과로써 신체에 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

헌혈후유증 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 보험기간중에 보험증권에 소속된 단체의 소속원으로서 대한적십자사 산하 혈액원에서 주관하는 헌혈에 참여하여 그 후유증으로 인해 대한적십자사의「헌혈후유증 판정위원회」에서 헌혈후유증 환자로 판정, 치료를 받은 경우에는 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

헌혈 후 단순 어지럼증, 빈혈, 쇼크로 인하여 헌혈 장소에서 영양제 투여 등의 단순 처치를 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

감염병 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「감염병 분류표」(【별표32】참조)에서 정한 감염병에 감염되어 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 진단이라 함은 전염병의 병원체가 인체내에 침입하여 증상을 나타내는 자가, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조 제6항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 되고, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조에 의하여 해당 보건소장에게 전염병환자로 신고되는 것을 말합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(사망도 포함합니다)에는 피보험자가 감염병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

독감 및 폐렴 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 독감 및 폐렴 분류표(【별표22】 참조)의 질병으로 인하여 사망 시 독감 및 폐렴사망보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호 그리고 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해로 인한 질병
2. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산. 그러나 질병으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

모성사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"의 직접결과로써 임신 중 또는 분만 후 42일 이내에 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보장개시일 부터 임신 중 또는 분만 후 42일 이내로 합니다.
② 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다.
③ 다른 약정이 없으면 이 특별약관의 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 회사는 책임을 지지 아니 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌졸중의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중혈전용해치료비(1회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)
① 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “혈전용해치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. .

뇌출혈진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌출혈으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “급성심근경색증”이라함은 급성심근경색증분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료

관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “허혈성심장질환”이라함은 허혈성심장질환분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 허혈성심장질환의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

심혈관질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(“심혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 “심혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 심혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(“심혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “심혈관질환”이라 함은 심혈관질환 분류표(【별표60】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② 제1항의 심혈관질환의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된

기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

심혈관특정질환Ⅰ진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(“심혈관특정질환Ⅰ”의 정의 및 진단확정)에서 “심혈관특정질환Ⅰ”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 심혈관특정질환Ⅰ진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(“심혈관특정질환Ⅰ”의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 “심혈관특정질환Ⅰ”이라 함은 심혈관특정질환Ⅰ 분류표(【별표61】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② 제1항의 심혈관특정질환Ⅰ의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환Ⅰ”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심혈관특정질환Ⅰ”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

심혈관특정질환Ⅱ진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(“심혈관특정질환Ⅱ”의 정의 및 진단확정)에서 “심혈관특정질환Ⅱ”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 심혈관특정질환Ⅱ진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(“심혈관특정질환Ⅱ”의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 “심혈관특정질환Ⅱ”이라 함은 심혈관특정질환Ⅱ 분류표(【별표62】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② 제1항의 심혈관특정질환Ⅱ의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환Ⅱ”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심혈관특정질환Ⅱ”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

통풍진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 통풍으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조("통풍"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "통풍"이라 함은 통풍 분류표(【별표43】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "통풍"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 검사 소견(혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광 현미경 검사, 기타 혈액검사 등) 및 영상 소견(초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등)을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "통풍"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 통풍을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 통풍진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대상포진으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조("대상포진"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "대상포진"이라 함은 대상포진 분류표(【별표44】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "대상포진"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "대상포진"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 대상포진을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진눈병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대상포진눈병으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조("대상포진"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "대상포진눈병"이라 함은 대상포진눈병 분류표(【별표45】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "대상포진눈병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대상포진눈병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 대상포진눈병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진눈병진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절분류표(【별표12】 참조)에 정한 골절(이하 「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 골절진단비로 보험수익자에게지급합니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지이상의 골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절(1~5종)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(1~5종) 분류표(【별표29】참조)에 정한 골절로 진단확정을 받은 경우 : 종별 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 가장 높은 종에 해당하는 골절을 기준으로 지급하여 드립니다.

골절(치아파절제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표18】 참조)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지이상의 골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절(1~5종, 치아파절제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(1~5종, 치아파절제외) 분류표(【별표30】참조)에 정한 골절로 진단확정을 받은 경우 : 종별 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

①제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 치아파절(S02.5)을 포함한 복합골절로 진단확정시에는 이 특별약관의 종별 보험가입금액을 지급합니다.

②제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 가장 높은 종에 해당하는 골절을 기준으로 지급하여 드립니다.

골절(치아파절제외) 급여부목치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표18】 참조)에 정한 골절로 진단확정을 받고 “부목(Splint Cast)치료”를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)부목치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 골절(치아파절제외)부목치료비는 같은 상해로 인하여 “부목(Splint Cast)치료”를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 “부목(Splint Cast)치료”를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)부목치료비를 지급합니다.

제2조(“부목치료(Splint Cast)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 부목치료 대상 수가코드 분류표(【별표59】 참조)에 해당하는 치료를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 부목치료(Splint Cast)에 대해 치료 당시의 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 부목치료(Splint Cast)는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절(치아파절 제외) 특정한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표18】 참조)에서 정한 골절로 진단 확정된 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	한 사고당 최대지급횟수
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 하나의 골절 사고당 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 하나의 골절 사고당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 하나의 골절 사고당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

④ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 하나의 골절 사고로 보아 제1항 내지 제3항을 적용합니다.

⑤ 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표18】 참조)에서 정한 골절로 진단 확정 되고, 해당 사고에 대하여 잔여 지급보장횟수가 있는 경우 보험기간이 끝나더라도 그 첩약치료, 약침치료 또는 특정한방물리요법치료에 대해서는 보험기간 종료 후 180일(보험기간 종료일은 제외합니다)까지 각각 잔여 지급 보장횟수를 한도로 보장하여 드립니다.

제3조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 「한의약육성법」 제2조에서 정한 「한약」또는 「한약재」 및 「약사법」 제2조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 「의료법 시행규칙」 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제급여목록표 (보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 약관에서 「약침」이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해수술 특정한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표(【별표9】 참조)에서 정하는 수술을 받고,그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	하나의 상해수술당 최대지급횟수
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 하나의 상해수술당 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 하나의 상해수술당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 하나의 상해수술당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를

1회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

④ 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 후 해당 사고에 대하여 잔여 지급보장횟수가 있는 경우 보험기간이 끝나더라도 그 첩약치료, 약침치료 또는 특정한방물리요법치료에 대해서는 보험기간 종료 후 180일(보험기간 종료일은 제외합니다)까지 각각 잔여 지급 보장횟수를 한도로 보장하여 드립니다.

제3조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

① 이 약관에서 「첩약」이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 「한의약육성법」 제2조에서 정한 「한약」또는 「한약재」 및 「약사법」 제2조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 「의료법 시행규칙」 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제급여목록표 (보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 약관에서 「약침」이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

> **【습관성 유산, 불임 및 인공수정】**
> 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우(추가)

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5대골절 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 5대골절 분류표(【별표70】참조)에 정한 골절(이하 '5대 골절'이라 합니다)로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절 진단비로 보험

수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 5대골절 진단비는 매 사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5대골절 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 5대골절 분류표(【별표70】참조)에 정한 골절(이하 '5대 골절'이라 합니다)을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 5대골절 수술비는 매 사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래 열거된 사유로 인하여 생긴 손해
   가. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 골절을 입고 그 골절로 인한 상처부위를 사고전의 상태로 회복시키기 위한 수술일 경우에는 보험금을 지급합니다)
   나. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
   2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
   3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
   4. 미용성형 목적의 수술
   5. 피임(避妊) 목적의 수술
   6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
   7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

탈구,신경손상,으깸손상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 탈구,신경손상,으깸손상 분류표(【별표38】 참조)에서 정한 탈구,신경손상,으깸손상(이하 "탈구,신경손상,으깸손상"이라 합니다)으로 진단확정 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 매 사고마다 탈구,신경손상,으깸손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 하나의 사고로 2종류 이상의 탈구,신경손상,으깸손상이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상성절단진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 외상성절단 분류표(【별표39】 참조)에서 정한 외상성절단(이하 "외상성절단"이라 합니다)으로 진단확정 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 매 사고마다 외상성절단진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 하나의 사고로 2종류 이상의 외상성절단이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표13】 참조)에서 정한 화상(이하 "화상"이라 합니다)으로 진단확정 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 매 사고마다 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 하나의 사고로 2종류 이상의 화상치료를 받은 경우에는 하나의 화상에 해당하는 화상치료비만을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항의 화상이라 함은 화상분류표(【별표13】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상(화상 심도별)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표13】 참조)에 정한 화상 중 심재성 2도의 화상(열상 포함)으로 진단확정을 받은 경우 : 보험가입금액
2. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표13】 참조) 참조)에 정한 화상 중 3도 이상의 화상(열상 포함)으로 진단확정을 받은 경우 : 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상상태인 경우에는 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 화상진단비를 지급합니다.

화상(2도이상)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표13】 참조)에서 정한 화상(이하 “화상”이라 합니다)으로 진단확정 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 매 사고마다 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 경우 하나의 사고로 2종류 이상의 화상치료를 받은 경우에는 하나의 화상에 해당하는 화상진단비만을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항의 화상이라 함은 화상분류표(【별표13】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 2도 이상(표재성, 심재성을 포함합니다)의 화상을 말합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 치료1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에도 불구하고 동일한 질병 또는 상해로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
③ 제1항의 깁스(Cast)치료라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정하는 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음, 굳어지게 하여 치료효과를 가져 오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다.
④ 제3항의 부목(Splint cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

응급실내원치료비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다. 이 때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조("응급실" 및 "응급환자"의 정의)

① 이 특별약관에서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제25조(중앙응급의료센터)(【별표11】참조)에서 정한 중앙응급의료센터 및 동법 제2조(정의) 제5호(【별표11】참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 동법 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【별표11】참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

② 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의 응급실해당여부는 내원 당시 기준으로 판단합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【별표11】참조)에서 정하는 자로 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("아나필락시스"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "아나필락시스"라 함은 아나필락시스 분류표(【별표37】참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류 기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

②"아나필락시스"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 "아나필락시스"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("응급실"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제25조(중앙응급의료센터)(【별표11】참조)에서 정한 중앙응급의료센터 및 동법 제2조(정의) 제5호(【별표11】참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 동법 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【별표11】참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 응급실에 내원하여 "아나필락시스"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 응급의료아나필락시스진단비로 피보험자에게 지급합니다.

② 제1항의 응급의료아나필락시스진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 응급실에 내원하여 "아나필락시스"진단을 받은 날로 합니다.

④ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "아나필락시스"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항에 해당하는 경우에 한하여 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 응급실에 내원하던 도중 사망하는 경우에도 "아나필락시스"를 직접적인 원인으로 사망한 것이 확인된 경우에는 응급실에 내원하여 진단받은 것으로 보아 제4항을 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 계약의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③"응급실"이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(응급실기록지 사본, 의사소견서 또는 진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 응급실 내원 치료비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다. 이 때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(“응급실” 및 “응급환자”의 정의)

① 이 특별약관에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제25조(중앙응급의료센터)(【별표11】참조)에서 정한 중앙응급의료센터 및 동법 제2조(정의) 제5호(【별표11】참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 동법 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【별표11】참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

② 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의 응급실해당여부는 내원 당시 기준으로 판단합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【별표11】참조)에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

온열질환 응급실내원치료비(1회당) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 온열질환 분류표(【별표66】참조)에서 정한 “온열질환”으로 인하여 “응급환자”에 해당되어 “응급실”에 내원하여 진료 받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 온열질환 응급실내원치료비(응급)으로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(“응급실” 및 “응급환자”의 정의)

① 이 특별약관에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제25조(중앙응급의료센터)(【별표11】참조)에서 정한 중앙응급의료센터 및 동법 제2조(정의) 제5호(【별표11】참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 동법 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【별표11】참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

② 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의 응급실해당여부는 내원 당시 기준으로 판단합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【별표11】참조)에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 계약의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ “응급실”이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

한랭질환 응급실내원치료비(1회당) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 한랭질환 분류표(【별표67】참조)에서 정한 “한랭질환”으로 인하여 “응급환자”에 해당되어 “응급실”에 내원하여 진료 받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 한랭질환 응급실내원치료비(응급)으로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(“응급실” 및 “응급환자”의 정의)

① 이 특별약관에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제25조(중앙응급의료센터)(【별표11】참조)에서 정한 중앙응급의료센터 및 동법 제2조(정의) 제5호(【별표11】참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문

응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 동법 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【별표11】참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

② 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의 응급실해당여부는 내원 당시 기준으로 판단합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【별표11】참조)에서 정하는 자로 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 계약의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ "응급실"이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 응급실기록지사본 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상후스트레스장애진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외상후스트레스장애"로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외상후스트레스장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(“외상후스트레스장애”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 ”외상후스트레스장애“라 함은 외상후스트레스장애 분류표(【별표41】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② “외상후스트레스장애”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “외상후스트레스장애”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 계약의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 외상후스트레스장애척도(CAPS)결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “정신질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조("정신질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “정신질환”이라 함은 정신질환 분류표(【별표48】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은

제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "정신질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 심리검사, 임상학적 소견 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 정신질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 정신질환진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

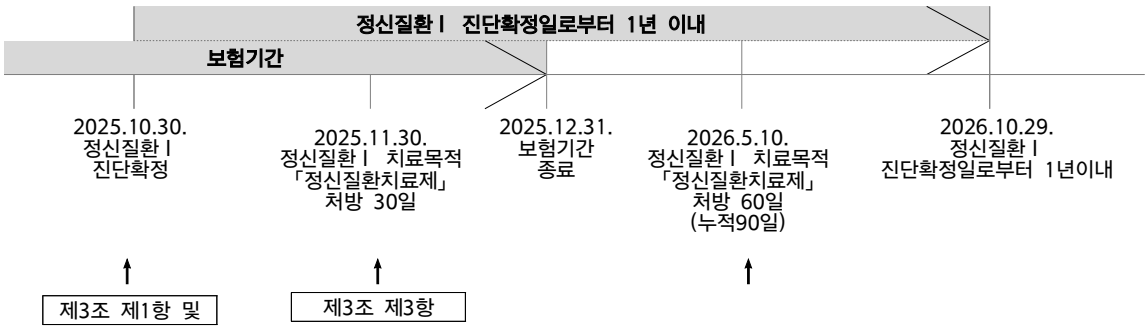
회사는 피보험자가 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 「정신질환Ⅰ」으로 진단확정되고, 진단일로부터 1년 이내에 「정신질환Ⅰ」의 직접적인 치료를 목적으로 「정신질환치료제」를 「90일 이상의 기간 동안」 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

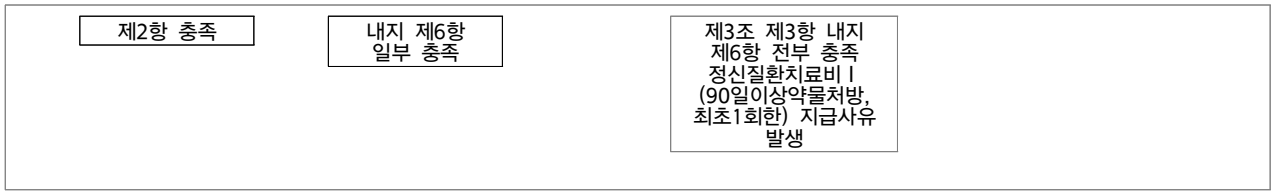
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 피보험자가 보험기간 중 「정신질환Ⅰ」으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(「정신질환Ⅰ」등의 정의 및 진단확정)의 「정신질환치료제」 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(「정신질환Ⅰ」등의 정의 및 진단확정)의 「정신질환치료제」 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

[정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한) 지급 예시]

•보험계약일 : 2025년 1월 1일





제3조(「정신질환Ⅰ」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「정신질환Ⅰ」이라 함은 한국표준질병•사인분류에 중 정신질환Ⅰ 분류표(【별표76】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 「정신질환Ⅰ」의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「정신질환Ⅰ」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

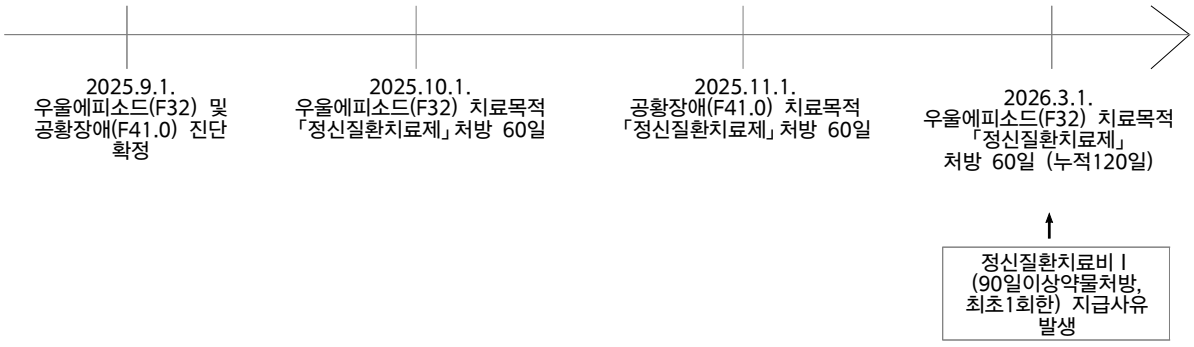
③ 이 특별약관에서 「정신질환치료제」라 함은 「의사」가 제1항의 「정신질환Ⅰ」의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품분류번호 「100(신경계 감각기관용 의약품)」에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이 때 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 「신경계 감각기관용 의약품」에 준하는 분류번호를 따릅니다.

④ 이 특별약관에서 「90일 이상의 기간 동안」이라 함은 제1항의 「정신질환Ⅰ」진단확정 이후 「정신질환치료제」의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회이상 「정신질환치료제」를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 「의사」에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

⑤ 제4항의 처방일수 합산 시 정신질환Ⅰ 분류표(【별표76】 참조)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 「정신질환치료제」를 처방받은 날로 합니다.

⑥ 두 가지 이상의 「정신질환Ⅰ」을 진단받은 경우 정신질환Ⅰ 분류표(【별표76】 참조)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 「정신질환Ⅰ」을 기준으로 「정신질환치료제」처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

[정신질환치료제 처방 예시]



제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 「정신질환치료제」 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시

의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

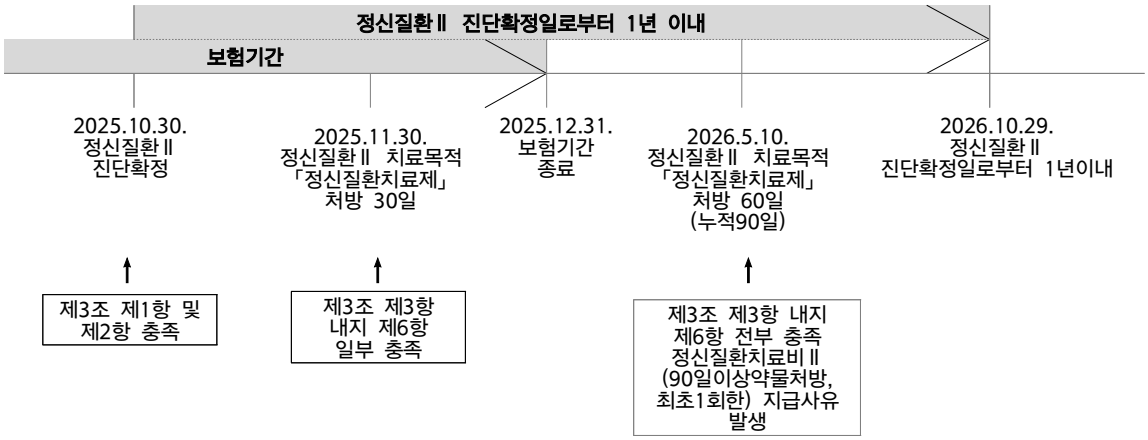
회사는 피보험자가 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 「정신질환Ⅱ」으로 진단확정되고, 진단일로부터 1년 이내에 「정신질환Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 「정신질환치료제」를 「90일 이상의 기간 동안」 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방, 최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 피보험자가 보험기간 중 「정신질환Ⅱ」으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(「정신질환Ⅱ」등의 정의 및 진단확정)의 「정신질환치료제」 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(「정신질환Ⅱ」등의 정의 및 진단확정)의 「정신질환치료제」 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

[정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방, 최초1회한) 지급 예시]

•보험계약일 : 2025년 1월 1일



제3조(「정신질환Ⅱ」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「정신질환Ⅱ」이라 함은 한국표준질병•사인분류에 중 정신질환Ⅱ 분류표(【별표77】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 「정신질환Ⅱ」의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「정신질환Ⅱ」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

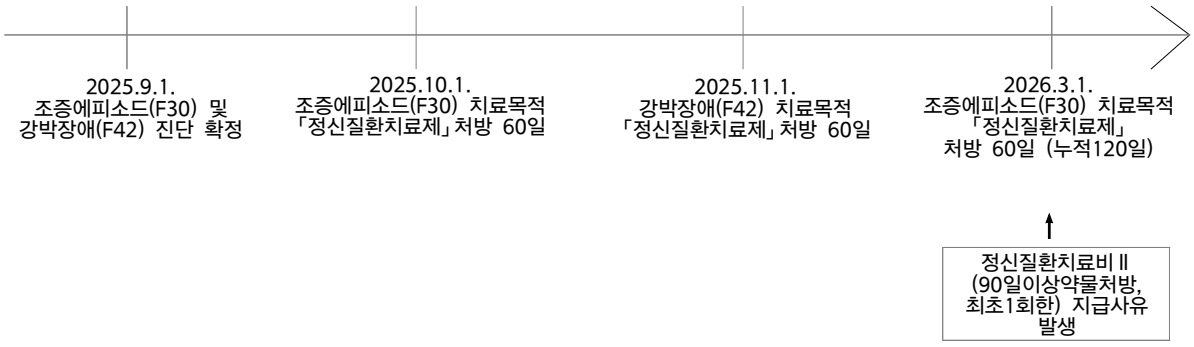
③ 이 특별약관에서 「정신질환치료제」라 함은 「의사」가 제1항의 「정신질환Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품분류번호 「100(신경계 감각기관용 의약품)」에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이 때 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 「신경계 감각기관용 의약품」에 준하는 분류번호를 따릅니다.

④ 이 특별약관에서 「90일 이상의 기간 동안」이라 함은 제1항의 「정신질환Ⅱ」진단확정 이후 「정신질환치료제」의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회이상 「정신질환치료제」를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 「의사」에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

⑤ 제4항의 처방일수 합산 시 정신질환Ⅱ 분류표(【별표77】 참조)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 「정신질환치료제」를 처방받은 날로 합니다.

⑥ 두 가지 이상의 「정신질환Ⅱ」을 진단받은 경우 정신질환Ⅱ 분류표(【별표77】 참조)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 「정신질환Ⅱ」을 기준으로 「정신질환치료제」처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

[정신질환치료제 처방 예시]



제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 「정신질환치료제」 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방, 최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

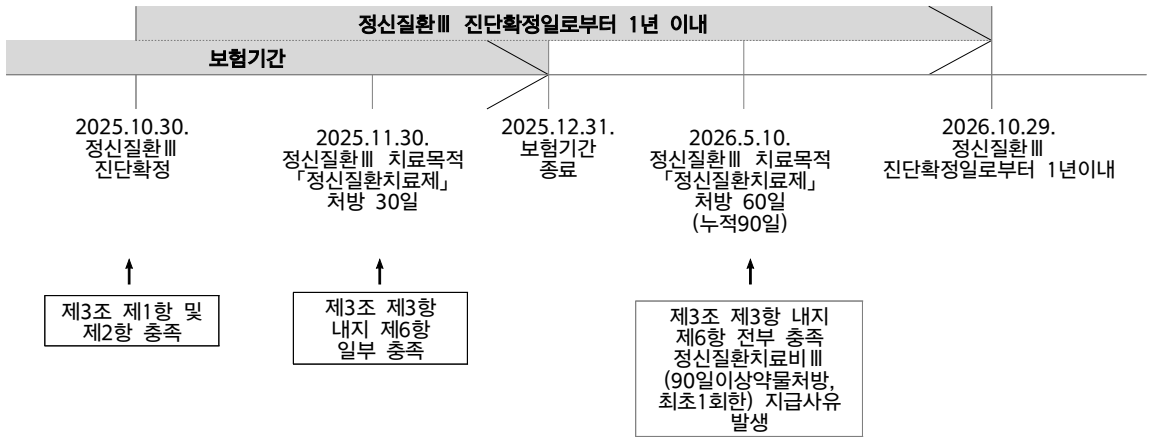
회사는 피보험자가 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 「정신질환Ⅲ」으로 진단확정되고, 진단일로부터 1년 이내에 「정신질환Ⅲ」의 직접적인 치료를 목적으로 「정신질환치료제」를 「90일 이상의 기간 동안」 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방, 최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 피보험자가 보험기간 중 「정신질환Ⅲ」으로 진단 확정되고, 보험기간 중 제3조(「정신질환Ⅲ」등의 정의 및 진단확정)의 「정신질환치료제」 처방 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 끝났을 때에도 보험기간이 끝난 이후에 제3조(「정신질환Ⅲ」등의 정의 및 진단확정)의 「정신질환치료제」 처방 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

[정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방, 최초1회한) 지급 예시]

•보험계약일 : 2025년 1월 1일



제3조(「정신질환Ⅲ」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「정신질환Ⅲ」이라 함은 한국표준질병•사인분류에 중 정신질환Ⅲ 분류표(【별표78】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 「정신질환Ⅲ」의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「정신질환Ⅲ」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 「정신질환치료제」라 함은 「의사」가 제1항의 「정신질환Ⅲ」의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품분류번호 「100(신경계 감각기관용 의약품)」에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이 때 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 「신경계 감각기관용 의약품」에 준하는 분류번호를 따릅니다.

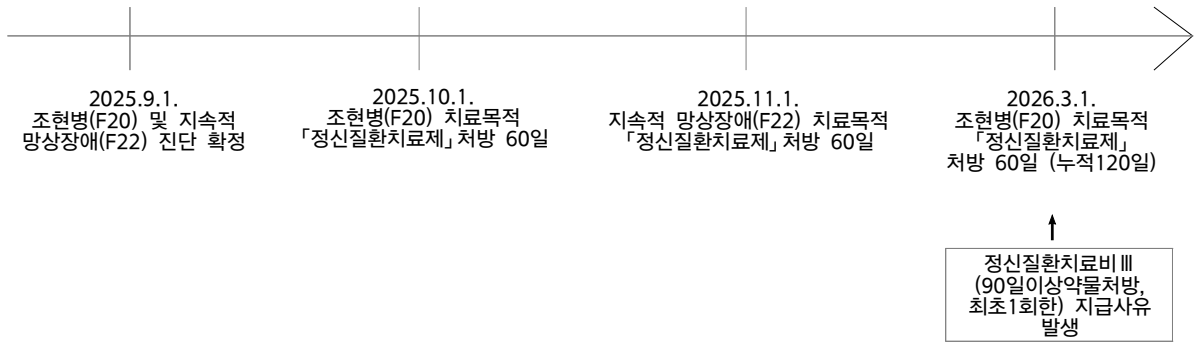
④ 이 특별약관에서 「90일 이상의 기간 동안」이라 함은 제1항의 「정신질환Ⅲ」진단확정 이후 「정신질환치료제」의

총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회이상 「정신질환치료제」를 투여한 경우에도 처방일수를 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 「의사」에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

⑤ 제4항의 처방일수 합산 시 정신질환Ⅲ 분류표(【별표78】 참조)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 「정신질환치료제」를 처방받은 날로 합니다.

⑥ 두 가지 이상의 「정신질환Ⅲ」을 진단받은 경우 정신질환Ⅲ 분류표(【별표78】 참조)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 「정신질환Ⅲ」을 기준으로 「정신질환치료제」처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.

[정신질환치료제 처방 예시]



제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 「정신질환치료제」 처방여부 및 처방일수를 확인할 수 있는 서류(진료확인서, 소견서, 진료비세부내역서 등), 진료기록부, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방, 최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공황장애진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 공황장애로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조("공황장애"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「공황장애」라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 공황장애 분류표(【별표46】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 공황장애의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 공황장애의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "공황장애"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 공황장애진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

우울증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 우울증으로 진단확정된 경우 매 진단마다 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조("우울증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「우울증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 우울증 분류표(【별표52】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 우울증의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 우울증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "우울증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 우울증진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

돌발성난청진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "돌발성난청 "으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 돌발성난청진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(돌발성난청의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "돌발성난청"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표51】“돌발성난청 분류표”에 정한 질병을 말합니다.
② "돌발성난청"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 이비인후과 전문의에 의하여 청력검사결과를 기초로하여 내려져야 하며, 회사가 “돌발성난청”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 청구)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “돌발성난청”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 돌발성난청진단비를 지급합니다.
② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정되고 “독감(인플루엔자)”의 직접적인 치료를 목적으로 “독감항바이러스제”를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “독감항바이러스제”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조(“독감(인플루엔자)”등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “독감(인플루엔자)”이라 함은 독감(인플루엔자) 분류표(【별표40】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② “독감(인플루엔자)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “독감(인플루엔자)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
③ 이 특별약관에서 “독감항바이러스제”라 함은 “독감(인플루엔자)”의 직접적인 치료를 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

[“독감 항바이러스제” 해당 성분명 안내]

- 성분명은 효능효과를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
  - 오셀타미비르(oseltamivir)
  - 자나미비르(zanamivir)
  - 페라미비르(peramivir)
  - 발록사비르(baloxavir)

※ 상기 “독감 항바이러스제” 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(“독감항바이러스제” 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관

제1조(“뇌경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “뇌경색증”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
뇌경색증	I63

② “뇌경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관

제1조(“특정급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “특정급성심근경색증”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
특정급성심근경색증	I21

② “특정급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립”으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(위, 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 위, 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 ‘위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표’(【별표69】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 위, 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 위, 십이지장, 대장양성종양 및 폴립의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서(폴립의 경우 내시경검사결과지로 대체 가능), 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정상해성뇌손상진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정상해성뇌손상"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해성뇌손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정상해성뇌손상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정상해성뇌손상"이라 함은 특정상해성뇌손상 분류표(【별표49】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "특정상해성뇌손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 보험기간 중 '특정상해성뇌손상'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 '특정상해성뇌손상'으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정상해성뇌손상"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정상해성뇌손상진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정상해성뇌출혈진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정상해성뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해성뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정상해성뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정상해성뇌출혈"이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표(【별표50】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "특정상해성뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '특정상해성뇌출혈'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '특정상해성뇌출혈'로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정상해성뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정상해성뇌출혈진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정상해성장기손상진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정상해성장기손상"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해성장기손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정상해성장기손상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정상해성장기손상"이라 함은 특정상해성장기손상 분류표(【별표88】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "특정상해성장기손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '특정상해성장기손상'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '특정상해성장기손상'으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정상해성장기손상"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정상해성장기손상진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산후우울증약물치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자녀를 출산하고, 분만일로부터 1년내에 "산후우울증"으로 진단확정 되어 약물치료를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 산후우울증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 분만일로부터 그 날을 포함하여 1년이 도래하는 날의 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(산후우울증 및 약물치료의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "산후우울증"이라 함은 산후우울증 분류표(【별표53】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "산후우울증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격증을 가진 정신건강의학과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 확인이 필요한 경우 검사 결과지, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 "약물치료"라 함은 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 산후우울증의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물(선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRIs), 세로토닌 노르에피네프린 재흡수 억제제(SNRI), 삼환계 항우울제(TCA), 항불안제(Anxiolytics), 단가아민 산화효소억제제(MAOIs), 기타의 중추신경용약제 등)을 처방하여 치료하는 것을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

남성난임진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 "남성난임"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 남성난임진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(남성난임의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「남성난임」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 남성난임 분류표(【별표54】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 남성난임의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "남성난임"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성난임진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “여성난임”으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 여성난임진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(여성난임의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「여성난임」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 여성난임 분류표(【별표55】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 여성난임의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “여성난임”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “유산”으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 유산진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(“유산”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “유산”이라 함은 「유산 분류표」(【별표56】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항 “유산”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 규정에 의한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 제1항에도 불구하고 ‘태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공임신중절수술)’은 보장에서 제외합니다. 다만, 「모자보건법」제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당하는 경우에는 보장에서 제외하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

철결핍빈혈진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “철결핍빈혈”로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 철결핍빈혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(철결핍빈혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「철결핍빈혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 철결핍빈혈 분류표(【별표63】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 철결핍빈혈의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관

련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “철결핍빈혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

엽산결핍빈혈진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “엽산결핍빈혈”로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 엽산결핍빈혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(엽산결핍빈혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「엽산결핍빈혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 엽산결핍빈혈 분류표(【별표64】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 엽산결핍빈혈의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “엽산결핍빈혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 인공수정치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

피보험자는 보험계약일 기준으로 만20세~만51세의 여성만을 대상으로 합니다.

제2조(“급여 인공수정치료”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “급여 인공수정치료”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 인공수정치료”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 “급여 인공수정치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
자궁강내 정자주입술[초음파유도료 포함]	R6560

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]

「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 인공수정치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 인공수정치료 인정기준”을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 인공수정치료” 외에 “급여 인공수정치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(“급여 난임”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “급여 난임”이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증에 해당하는 경우(이하 “급여 난임 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 난임 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대

해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 난임 인정기준”을 따릅니다.

③ “급여 난임”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 “급여 난임”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증]

1) 인공수정

가) 원인불명의 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우

(2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

다) 남성요인

(1) 정계정맥류가 없으나 ‘인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)’에 따른 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우

(2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우

라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급여 난임”으로 진단확정되고, “급여 인공수정치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 급여 인공수정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 인공수정치료비는 인간 생명의 존엄성과 같은 근본적인 인권에 대한 문제에 기반하고 있으므로 생명윤리 및 안전에 관한 법률에 근거합니다.

② 인공수정치료비 보험금은 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행시 지급됩니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 미성년자의 난자 또는 정자로 수정한 경우(다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위하여 수정하는 경우는 제외)
2. 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공받아 수정한 경우
3. 착상 전 진단을 통한 태아의 성별선택, 우수인자 선택 등 생식세포의 조작이 있는 경우

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 진료기록부, 시술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 혼인관계증명서
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제1호에 따라 지정된 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 체외수정치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

피보험자는 보험계약일 기준으로 만20세~만51세의 여성만을 대상으로 합니다.

제2조("급여 체외수정치료"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "급여 체외수정치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 체외수정치료"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 체외수정치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식	R6530
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-배아이식용 카테터 2개 이상 사용	R6531
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-난관내 이식[접합자, 생식세포 포함]	R6540
배아 이식[초음파유도료 포함]-자궁경관을 통한 이식-경자궁근층 이식	R6550

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]

「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 체외수정치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 체외수정치료 인정기준"을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 체외수정치료" 외에 "급여 체외수정치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조("급여 난임"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급여 난임"이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증에 해당하는 경우(이하 "급여 난임 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 난임 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 난임 인정기준"을 따릅니다.

③ "급여 난임"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "급여 난임"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 보조생식술 급여기준 적응증]

1) 체외수정(신선배아, 동결배아)

가) 원인불명 난임 : 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

(1) 양측난관 폐쇄 (단, 인공 폐쇄인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우)

(2) 중증 자궁내막증

(3) 난소기능 저하

(4) 착상전 유전진단이 필요한 경우

다) 남성요인

(1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우

(2) 정관절제술을 실시했던 경우

(가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우

(나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 내에 임신이 되지 않는

경우
(다) 정관문합술이 불가한 경우
(3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우
(4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함)
(5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능한 경우
라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우
마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급여 난임”으로 진단확정되고, “급여 체외수정치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 급여 체외수정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 체외수정치료비는 인간 생명의 존엄성과 같은 근본적인 인권에 대한 문제에 기반하고 있으므로 생명윤리 및 안전에 관한 법률에 근거합니다.
② 체외수정치료비 보험금은 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제2호에 따라 체외수정 시술 의료기관으로 지정된 기관에서 시행시 지급됩니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 미성년자의 난자 또는 정자로 수정한 경우(다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위하여 수정하는 경우는 제외)
2. 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공받아 수정한 경우
3. 착상 전 진단을 통한 태아의 성별선택, 우수인자 선택 등 생식세포의 조작이 있는 경우

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 진료기록부, 시술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 혼인관계증명서
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등) 및 동법 시행규칙 제8조(난임시술 의료기관의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

온열질환 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “온열질환”으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 온열질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조("온열질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "온열질환"이라 함은 온열질환 분류표(【별표66】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "온열질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "온열질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

한랭질환 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 "한랭질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한랭질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조("한랭질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "한랭질환"이라 함은 한랭질환 분류표(【별표67】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "한랭질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "한랭질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정감염병 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정감염병으로 진단확정된 경우 매 진단마다 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조("특정감염병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 특정감염병이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정감염병 분류표(【별표68】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 특정감염병의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "특정감염병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 특정감염병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정감염병 진단비를 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상선기능저하증 진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 갑상선기능저하증으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 갑상선기능저하증 진단비(최초1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(갑상선기능저하증의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 갑상선기능저하증이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 갑상선기능저하증 분류표(【별표79】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 선천성 요오드결핍증후군 및 선천성 갑상선기능저하증은 포함하지 않습니다.
② 갑상선기능저하증의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 자극 호르몬(TSH) 검사, 유리 싸이록신(free T4) 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선기능저하증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한 회사가 갑상선기능저하증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)
회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능저하증 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상선기능항진증 치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 갑상선기능항진증으로 진단이 확정되고 갑상선기능항진증 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 갑상선기능항진증 치료비(최초1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(갑상선기능항진증, 갑상선기능항진증 치료의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에 있어서 갑상선기능항진증이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 갑상선기능항진증 분류표(【별표80】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② 갑상선기능항진증의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 갑상선기능항진증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
③ 갑상선기능항진증 치료라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 다음 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.
1. 갑상선절제술에 해당하는 수술을 받은 경우
: 이 특별약관에 있어서 갑상선절제술이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 '갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)' 및 '갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)'을 말합니다.
2. 방사성요오드 치료를 받은 경우
3. 항갑상선제를 처방받은 투약일수가 60일 이상인 경우

<용어풀이>
⦿ 방사성요오드치료 : 주성분이 요오드화 나트륨(131I)에 해당하는 치료
⦿ 항갑상선제 : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증 치료비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

어린이 특정바이러스질환 진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 어린이 특정바이러스질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별

약관의 보험가입금액을 어린이 특정바이러스질환 진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(어린이 특정바이러스질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 어린이 특정바이러스질환이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 어린이 특정바이러스질환 분류표(【별표82】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 어린이 특정바이러스질환의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 임상적 특징 또는 실험실 검사를 통한 병원체 확인 및 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 어린이 특정바이러스질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 어린이 특정바이러스질환 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

내향성손발톱 치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 내향성손발톱으로 진단확정되고, 그 내향성손발톱의 직접적인 치료를 목적으로 '내향성손발톱 치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 내향성손발톱 치료비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

제2조(내향성손발톱 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 내향성손발톱이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 내향성손발톱 분류표(【별표83】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '내향성손발톱 치료'라 함은 국제의료행위분류(ICD-9-CM)에 있어서 수술 및 처치분류번호 '86(피부 및 피부밑조직 수술)'에 따른 아래의 수술 및 처치코드에 해당하는 수술 및 치료를 말합니다. 다만, 단순 상처소독, 약물도포, 붕대 등은 보장에서 제외합니다.

대상이 되는 치료	수술 및 처치코드
피부 및 피부밑 조직의 흡인	86.01
피부 및 피부밑 조직의 배액법이 동반된 기타절개	86.04
피부 및 피부밑 조직에서 이물제거가 동반된 절개	86.05
피부 및 피부밑 조직의 기타 절개	86.09
창상, 감염 또는 화상의 절제에 의한 죽은 조직제거법	86.22
손톱, 손톱바닥 또는 손톱 주름의 제거	86.23
손톱, 손톱바닥 또는 손톱 주름의 죽은 조직제거법	86.27
창상, 감염 또는 화상의 비절제적 죽은 조직제거법	86.28
피부 및 피부밑 조직 병변 또는 조직의 기타 국소 절제 또는 파괴	86.3
피부 병변의 근치 절제	86.4
기타 부위 피부 및 피부밑 조직의 봉합	86.59
손발톱성형술	86.86
피부 및 피부밑 조직의 기타 수복 및 재건	86.89
피부 및 피부밑 조직에 기타 수술	86.9

③ 내향성손발톱의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관에서 의사(한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 임상적 특징 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 내향성손발톱 및 '내향성손발톱 치료'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수족구 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 수족구로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 수족구 진단비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(수족구의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 수족구라 함은 한국표준질병·사인분류 중 수족구 분류표(【별표84】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 수족구의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 수족구의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성장기특정행동발달장애 진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 성장기특정행동발달장애로 진단확정된경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성장기특정행동발달장애 진단비(최초 1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(성장기특정행동발달장애의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 성장기특정행동발달장애라 함은 한국표준질병·사인분류 중 성장기특정행동발달장애 분류표(【별표85】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 성장기특정행동발달장애의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 성장기특정행동발달장애의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성장기특정행동발달장애 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성장기언어발달장애 진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 성장기언어발달장애로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성장기언어발달장애 진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(성장기언어발달장애의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 성장기언어발달장애라 함은 한국표준질병·사인분류 중 성장기언어발달장애 분류표(【별표86】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 성성장기언어발달장애의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 성장기언어발달장애의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성장기언어발달장애 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성장기자폐증 진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 성장기자폐증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성장기자폐증 진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(성장기자폐증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 성장기자폐증이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 '성장기자폐증 분류표'(【별표87】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 성장기자폐증의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 성장기자폐증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성장기자폐증 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철치료비 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치아보철치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 치아보철치료는 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 후 행한 것에 한합니다.

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
가철성의치(틀니,Denture)	연간 1회	1회 100만원
고정성가공의치(브릿지, Bridge)	연간 3개	영구치발거 1개당 50만원
임플란트(Implant)	연간 3개	영구치발거 1개당 100만원

단, 회사가 지급하여야 할 치아보철치료비 보험금 총액은 연간 550만원을 총한도로 합니다.

② 제1항의 "질병"은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

㈜ 치아우식증

한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위 조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

㈜ 치주질환

한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

③ 제1항의 "치아보철치료"란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받은 경우를 말하며 치료항목별로 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정 의
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.
가철성의치 (틀니,	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치

Denture)	로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결체 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(영구치 발거일)로 합니다.

[보험금 지급 예시]
– 보험시기 : 2021.1.10
– “질병(치아우식증 및 치주질환)”으로 임플란트를 받는 경우
囹 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2021.3.1.에 발거한 치아는 보장개시 전(보험기간의 첫날부터 90일 이하) 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.

⑤ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합 형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]
囹 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
4. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증 및 치주질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 발거

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K03	치아경조직의 기타 질환
K06	잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

5. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
6. 라미네이트 등 미용상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)

다. 진료내용
라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 상해로 치아보철치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90 일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

영구치보존치료비 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 영구치에 대한 치아보존치료 진단확정을 받고 해당 영구치에 치아보존치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
아말감·글래스아이노머	한도없음	치아당 1만원
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이)		치아당 5만원
크라운치료	연간 3개한도	치아당 10만원

② 제1항의 “질병”은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

㉾ 치아우식증 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다. ㉾ 치주질환 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

③ 제 1항의 “치아보존치료”란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치(자연치)에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 받는 경우를 말하며, 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

1. 충전치료 : 치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.
2. 크라운치료: 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

구분	치료항목	정 의
충전치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리,주석,은 등의 합금 과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 “충전치료”라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.
크라운치료	크라운	임상적 치과(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합 형태의 치아보존치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시] ㉾ 피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운 치료를 진단받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운치료 보험금만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아보존치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

[예시]

예 피보험자가 상악 좌측 송곳니에 치아우식증(충치)이 발생하여 2011년 1월 1일에 레진필링치료를 종료하고 보험금을 지급받은 경우(5만원), 동일한 치아에 치아우식증(충치)으로
▸ 2011년 6월 1일에 크라운치료를 개시한 경우 : 크라운치료 보험금 지급시 이미 받은 레진필링치료 보험금을 차감하고 지급(10만원-5만원=5만원)
▸ 2011년 7월 1일에 크라운치료를 개시한 경우 : 크라운치료 보험금을 지급(10만원)

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후에 치료를 받는 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 치아보존치료에 대하여는 만료일 직전에 해당하는 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 보장개시일 이후에 치아보존치료를 진단확정 받은 해당 영구치에 대하여 보험기간 중에 임시충전치료를 받았거나 신경치료를 시작한 경우 또는 임시크라운을 장착한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 충전치료 또는 크라운치료를 받았으면 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑨ 이미 치아보존치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 영구치보존치료 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 치아를 발거하는 경우
4. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 치아치료를 개시한 경우
5. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증 및 치주질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 치과치료

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K03	치아경조직의 기타 질환
K06	잇몸 및 무치성 치조 융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)
3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 상해로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90 일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철치료비Ⅱ 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치아보철치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 치아보철치료는 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 후 행한 것에 한합니다.

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
가철성의치(틀니,Denture)	연간 ( )개	보철물당 ( )만원
고정성가공의치(브릿지, Bridge)	연간 ( )개	영구치발거 1개당 ( )만원
임플란트(Implant)	연간 ( )개	영구치발거 1개당 ( )만원

② 제1항의 "질병"은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

> 주 치아우식증
> 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위 조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
>
> 주 치주질환
> 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

③ 제1항의 "치아보철치료"란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과

병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받은 경우를 말하며 치료항목별로 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정 의
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결체 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(영구치 발거일)로 합니다.

[보험금 지급 예시]
– 보험시기 : 2023.1.10
– “질병(치아우식증 및 치주질환)”으로 임플란트를 받는 경우
㉿ 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2023.3.1.에 발거한 치아는 보장개시 전(보험기간의 첫날부터 90일 이하) 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.

⑤ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합 형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]
㉿ 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 치아를 발거하는 경우
4. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 치아치료를 개시한 경우
5. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증 및 치주질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 치과치료

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K03	치아경조직의 기타 질환
K06	잇몸 및 무치성 치조 융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
   1. 상해로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
   2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90 일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

영구치보존치료비Ⅱ 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거

하는 시술을 말합니다.

⑤ “치아수복물”이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ “치아보철물”이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 영구치에 대한 치아보존치료 진단확정을 받고 해당 영구치에 치아보존치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
아말감·글래스아이노머	연간 ( )개	치아당 ( )만원
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이)		치아당 ( )만원
크라운치료	연간 ( )개	치아당 ( )만원

② 제1항의 “질병”은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)을 말합니다.

㈜ 치아우식증

한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위 조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

㈜ 치주질환

한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

③ 제1항의 “치아보존치료”란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치(자연치)에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 받는 경우를 말하며, 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

1. 충전치료 : 치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.
2. 크라운치료: 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

구분	치료항목	정 의
충전치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리,주석,은 등의 합금 과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학 접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 “충전치료”라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.
크라운치료	크라운	임상적 치과(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어

		치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합 형태의 치아보존치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]

㉾ 피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운 치료를 진단받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운치료 보험금만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아보존치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

[예시]

㉾ 피보험자가 상악 좌측 송곳니에 치아우식증(충치)이 발생하여 2023년 1월 1일에 레진필링치료를 종료하고 보험금을 지급받은 경우(5만원), 동일한 치아에 치아우식증(충치)으로

▸ 2023년 6월 1일에 크라운치료를 개시한 경우 : 크라운치료 보험금 지급시 이미 받은 레진필링치료 보험금을 차감하고 지급(10만원-5만원=5만원)

▸ 2023년 7월 1일에 크라운치료를 개시한 경우 : 크라운치료 보험금을 지급(10만원)

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후에 치료를 받는 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 치아보존치료에 대하여는 만료일 직전에 해당하는 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 보장개시일 이후에 치아보존치료를 진단확정 받은 해당 영구치에 대하여 보험기간 중에 임시충전치료를 받았거나 신경치료를 시작한 경우 또는 임시크라운을 장착한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 충전치료 또는 크라운치료를 받았으면 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑨ 이미 치아보존치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 영구치보존치료 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 치아를 발거하는 경우
4. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 치아치료를 개시한 경우
5. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증 및 치주질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 치과치료

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K03	치아경조직의 기타 질환
K06	잇몸 및 무치성 치조 융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서
가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
나. 직접적인 치아의 치료원인
다. 진료내용
라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)
3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 상해로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90 일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철치료비Ⅱ(K03포함) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치아보철치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 치아보철치료는 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 후 행한 것에 한합니다.

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
가철성의치(틀니,Denture)	연간 ( )회	보철물당 ( )만원
고정성가공의치(브릿지, Bridge)	연간 ( )개	영구치발거 1개당 ( )만원
임플란트(Implant)	연간 ( )개	영구치발거 1개당 ( )만원

② 제1항의 “질병”은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함)을 말합니다.

㈜ 치아우식증
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위 조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

㈜ 치주질환
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

㈜ 치아경조직의 기타 질환
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K03(치아경조직의 기타 질환)을 말합니다.

③ 제1항의 “치아보철치료”란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받은 경우를 말하며 치료항목별로 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정 의
임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결체 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(영구치 발거일)로 합니다.

[보험금 지급 예시]
– 보험시기 : 2023.1.10
– “질병(치아우식증, 치주질환 및 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함))”으로 임플란트를 받는 경우
㈜ 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2023.3.1.에 발거한 치아는 보장개시 전(보험기간의 첫날부터 90일 이하) 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.

⑤ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합 형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]
㈜ 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아치료를 개시한 경우 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.
⑦ 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 치아를 발거하는 경우
4. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 치아치료를 개시한 경우
5. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증, 치주질환 및 치아경조직의 기타질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 치과치료

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K06	잇몸 및 무치성 치조 융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
   1. 상해로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
   2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타질환)으로 치아보철치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2

조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

영구치보존치료비 II (K03포함) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 영구치에 대한 치아보존치료 진단확정을 받고 해당 영구치에 치아보존치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
아말감·글래스아이노머	연간 ( )개	치아당 ( )만원
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이)		치아당 ( )만원
크라운치료	연간 ( )개	치아당 ( )만원

② 제1항의 "질병"은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함)을 말합니다.

> 주 치아우식증
> 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위 조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
>
> 주 치주질환
> 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
>
> 주 치아경조직의 기타 질환
> 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K03(치아경조직의 기타 질환)을 말합니다.

③ 제1항의 "치아보존치료"란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치(자연치)에 손상이 생기는 경우에 손상된

부위를 원상 회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 받는 경우를 말하며, 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

1. 충전치료 : 치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.
2. 크라운치료: 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

구분	치료항목	정 의
충전치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리,주석,은 등의 합금 과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학 접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 “충전치료”라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.
크라운치료	크라운	임상적 치과(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합 형태의 치아보존치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[예시]
㉿ 피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운 치료를 진단받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운치료 보험금만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일이 경과하여 치아보존치료를 개시한 경우 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

[예시]
㉿ 피보험자가 상악 좌측 송곳니에 치아우식증(충치)이 발생하여 2023년 1월 1일에 레진필링치료를 종료하고 보험금을 지급받은 경우(5만원), 동일한 치아에 치아우식증(충치)으로
▸ 2023년 6월 1일에 크라운치료를 개시한 경우 : 크라운치료 보험금 지급시 이미 받은 레진필링치료 보험금을 차감하고 지급(10만원-5만원=5만원)
▸ 2023년 7월 1일에 크라운치료를 개시한 경우 : 크라운치료 보험금을 지급(10만원)

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후에 치료를 받는 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 치아보존치료에 대하여는 만료일 직전에 해당하는 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 보장개시일 이후에 치아보존치료를 진단확정 받은 해당 영구치에 대하여 보험기간 중에 임시충전치료를 받았거나 신경치료를 시작한 경우 또는 임시크라운을 장착한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 충전치료 또는 크라운치료를 받았으면 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑨ 이미 치아보존치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 영구치보존치료 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 치아를 발거하는 경우
4. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 치아치료를 개시한 경우
5. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증, 치주질환 및 치아경조직의 기타질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 치과치료

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K06	잇몸 및 무치성 치조 융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서

가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)

나. 직접적인 치아의 치료원인

다. 진료내용

라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)

3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 상해로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타질환)으로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아보철치료비(통합형)(K03포함) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치아보철치료를 받은 경우 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 치아보철치료는 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 후 행한 것에 한합니다.

1. 통합형 A

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
가철성의치(틀니,Denture)	연간 ( )개	보철물당 또는 영구치발거 1개당 ( )만원
고정성가공의치(브릿지, Bridge)		
임플란트(Implant)		

2. 통합형 B

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
고정성가공의치(브릿지, Bridge)	연간 ( )개	영구치발거 1개당 ( )만원
임플란트(Implant)		

② 제1항의 "질병"은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함)을 말합니다.

㉮ 치아우식증
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위 조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

㉮ 치주질환
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

㉮ 치아경조직의 기타 질환
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K03(치아경조직의 기타 질환)을 말합니다.

③ 제1항의 "치아보철치료"란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 받은 경우를 말하며 치료항목별로 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정 의

임플란트 (Implant)	점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의대로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결체 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(영구치 발거일)로 합니다.

[보험금 지급 예시]
보험시기 : 2023.1.10
“질병(치아우식증 및 치주질환)”으로 임플란트를 받는 경우
㉠ 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2023.3.1.에 발거한 치아는 보장개시 전(보험기간의 첫날부터 90일 이하) 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant) 치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 치아를 발거하는 경우
4. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 치아치료를 개시한 경우
5. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증 및 치주질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 치과치료

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K06	잇몸 및 무치성 치조 융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)

나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
다. 진료내용
라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 상해로 치아보철치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 질병(치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함))으로 치아보철치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90 일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

영구치보존치료비(통합형)(K03포함) 특별약관

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

② "영구치"라 함은 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.

③ "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

④ "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

⑤ "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

⑥ "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 영구치에 대한 치아보존치료 진단확정을 받고 해당 영구치에 치아보존치료를 받은 경우 아래의 한도로 보험수익자에게 보험금을 지급합니다.
1. 통합형 A

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
아말감·글래스아이노머	연간 ( )개	치아당 ( )만원
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이)		
크라운치료		

2. 통합형 B

치료항목	지급한도	보험금(가입금액)
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이)	연간 ( )개	치아당 ( )만원
크라운치료		

② 제1항의 “질병”은 상해 사고와 관련이 없는 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타 질환(치아마모증 포함)을 말합니다.

㈜ 치아우식증
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증), K04(치수 및 근단주위 조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.

㈜ 치주질환
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

㈜ 치아경조직의 기타 질환
한국표준질병사인분류 중 분류코드 K03(치아경조직의 기타 질환)을 말합니다.

③ 제1항의 “치아보존치료”란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치(자연치)에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 받는 경우를 말하며, 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

1. 충전치료 : 치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.
2. 크라운치료: 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

구분	치료항목	정 의
충전치료	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리,주석,은 등의 합금 과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 이하 “충전치료”라 합니다)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.
크라운치료	크라운	임상적 치과(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

④ 제1항의 “연간”이란 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동

일한 월, 일을 말합니다. 이하 “계약해당일”이라 합니다)까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후에 치료를 받는 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 치아보존치료에 대하여는 만료일 직전에 해당하는 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후에 치아보존치료를 진단확정 받은 해당 영구치에 대하여 보험기간 중에 임시충전치료를 받았거나 신경치료를 시작한 경우 또는 임시크라운을 장착한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 충전치료 또는 크라운치료를 받았으면 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보상한도 내에서 보상하여 드립니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 이미 치아보존치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 영구치보존치료 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
3. 부정치열을 교정하기 위하여 치아를 발거하는 경우
4. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 치료라 하더라도 치료가 종료된 날부터 180일 이내에 동일한 치아에 치아치료를 개시한 경우
5. 한국표준질병사인분류 상의 치아우식증, 치주질환 및 치아경조직의 기타질환이 아닌 다음의 원인으로 인한 치과치료

표준질병사인분류코드	내역
K00	치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
K01	매몰치 및 매복치
K06	잇몸 및 무치성 치조 융기의 기타 장애
K07	치아얼굴이상(부정교합을 포함)
K08	치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
7. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 다음 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서

가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)

나. 직접적인 치아의 치료원인

다. 진료내용

라. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수, 발거일(치아발거시)

3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 진료비계산서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 상해로 치아보존치료를 받는 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환), 치아경조직의 기타질환)으로 치아보존치료를 받는 경우 : 회

사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

주요치주질환(잇몸질환)치료비 특별약관

제1조("주요치주질환(잇몸질환) 치료"의 정의)

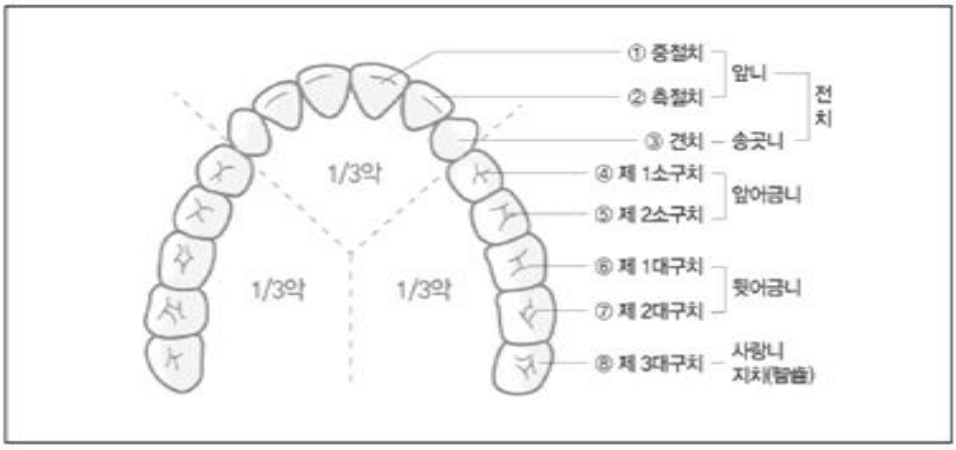
① 이 보장에서 "주요치주질환(잇몸질환) 치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료가 필요하다고 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하"주요치주질환 급여인정 기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드	지급기준
치주소파술	U1010	1/3악당 지급
치은신부착술	U1020	
치은성형술	U1030	
치은절제술	U1040	
치은박리소파술		
가. 간단	U1051	
나. 복잡	U1052	
치근면처치술	U1060	
치조골격손부 골이식술		치료1회당 지급
가. 동종골, 이종골, 합성골 이식의 경우	U1071	
나. 자기골이식의 경우[채취 포함]	U1072	
조직유도재생술		
가. 골이식을 동반하지 아니한 경우	U1081	
나. 골이식을 동반한 경우		
(1) 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우	U1082	
(2) 자가골이식의 경우[채취 포함]	U1083	
조직유도재생막 제거술	U1090	
치은측방변위판막술, 치관변위판막술	U1100	
치은이식술	U1110	
치관분리술	UX102	
치근절제술		치료치아1개당 지급
가. 선택적치근절제술	U1131	
나. 치아반측절제술	U1132	
치관확장술		
가. 치은절제술	UY101	
나. 근단변위판막술	UY102	
다. 근단변위판막술 및 치조골삭제술	UY103	

【건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수】

「국민건강보험법시행령」 및 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

② 이 보장에서 1/3악이란 치아전체[상악(윗니), 하악(아랫니)]를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로서 1인당 6개의 1/3악을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니 부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.



③ 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “주요치주질환 급여인정 기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “주요치주질환 급여인정 기준”을 따릅니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “주요치주질환(잇몸질환) 치료” 외에 “주요 치주질환 급여인정 기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "주요치주질환(잇몸질환) 치료"를 받은 경우에는 제1조("주요치주질환(잇몸질환) 치료"의 정의)에서 정한 진료행위별 지급기준에 따라 보험가입금액을 주요치주질환(잇몸질환)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “주요치주질환(잇몸질환) 치료”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 치료를 받은 경우에 한합니다.

제3조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 잇몸부위에 주된 수술과 이에 수반되는 부수적인 수술로 두 가지 이상의 “주요치주질환(잇몸질환) 치료”를 동시에 실시한 경우에는 주된 수술 치료에 대해서만 보장합니다.

② 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치과의사 면허를 가진 자로부터 “주요치주질환(잇몸질환) 치료”가 필요하다는 진단을 받았으나 치료일정 협의를 사유로 이 보장의 보험기간 종료일 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 보장의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 “주요치주질환(잇몸질환) 치료”에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한

경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 보장개시일 전에 해당 치과치료(“주요치주질환(잇몸질환) 치료”)를 진단확정받은 경우
7. 라미네이트 등 미용상의 치료

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 진료비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다. (( )일은 90 일을 넘지 않습니다)

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아영상진단비(X-ray 촬영, 연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 "치아영상진단(X-ray 촬영)"을 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

③ 제1항의 "치아영상진단(X-ray 촬영)"은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 치과치료를 위해 X-ray 촬영이 필요하다고 판단하는 경우에 한합니다.

제2조(“치아영상진단(X-ray 촬영)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “치아영상진단(X-ray 촬영)”이라 함은 치과치료를 목적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 치아영상진단으로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 “치아영상진단 급여인정 기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위		코드
X-ray 촬영	치근단 촬영(Periapical View)	G9101 ~ G9105
	교익 촬영(Bitewing View)	G9501 ~ G9505
	교합 촬영(Occlusal View)	G9601

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단 급여인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치아영상진단 급여인정 기준"을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단(X-ray 촬영)" 외에 "치아영상진단 급여인정 기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[X-ray촬영]
치과치료를 목적으로 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로 등 치과검진을 하기 위한 촬영술식입니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험급 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에게 대한 보험금을 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 보험개시일 전에 해당 치과치료("치아영상진단(X-ray 촬영)")를 진단확정 받은 경우
7. 라미네이트 등 미용상의 치료

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)

가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
다. 진료내용
라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)

3. 진료비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아영상진단비(파노라마 촬영, 연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 "치아영상진단(파노라마 촬영)"을 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

③ 제1항의 "치아영상진단(파노라마 촬영)"은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 치과치료를 위해 파노라마 촬영이 필요하다고 판단하는 경우에 한합니다.

제2조("치아영상진단(파노라마 촬영)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "치아영상진단(파노라마 촬영)"이라 함은 치과치료를 목적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 치아영상진단으로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "치아영상진단 급여인정 기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
파노라마 촬영(Panoramic view)	G9701, G9761

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단 급여인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치아영상진단 급여인정 기준"을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단(파노라마 촬영)" 외에 "치아영상진단 급여인정 기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[파노라마 촬영]
치과치료를 목적으로 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로 등 치과검진을 하기 위한 촬영술식입니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험급 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에게 대한 보험금을 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 보험개시일 전에 해당 치과치료(“치아영상진단(파노라마 촬영)”)를 진단확정 받은 경우
7. 라미네이트 등 미용상의 치료

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 진료비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아영상진단비(X-ray 촬영) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 "치아영상진단(X-ray 촬영)"을 받은 경우 촬영 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수

익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "치아영상진단(X-ray 촬영)"은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 치과치료를 위해 X-ray 촬영이 필요하다고 판단하는 경우에 한합니다.

제2조("치아영상진단(X-ray 촬영)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "치아영상진단(X-ray 촬영)"이라 함은 치과치료를 목적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 치아영상진단으로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "치아영상진단 급여인정 기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위		코드
X-ray 촬영	치근단 촬영(Periapical View)	G9101 ~ G9105
	교익 촬영(Bitewing View)	G9501 ~ G9505
	교합 촬영(Occlusal View)	G9601

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단 급여인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치아영상진단 급여인정 기준"을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단(X-ray 촬영)" 외에 "치아영상진단 급여인정 기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[X-ray촬영]
치과치료를 목적으로 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로 등 치과검진을 하기 위한 촬영술식입니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험급 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에게 대한 보험금을 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 보험개시일 전에 해당 치과치료("치아영상진단(X-ray 촬영)")를 진단확정 받은 경우
7. 라미네이트 등 미용상의 치료

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 진료비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치아영상진단비(파노라마 촬영) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의해 "치아영상진단(파노라마 촬영)"을 받은 경우 촬영 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "치아영상진단(파노라마 촬영)"은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 치과치료를 위해 파노라마 촬영이 필요하다고 판단하는 경우에 한합니다.

제2조("치아영상진단(파노라마 촬영)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "치아영상진단(파노라마 촬영)"이라 함은 치과치료를 목적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 치아영상진단으로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "치아영상진단 급여인정 기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
파노라마 촬영(Panoramic view)	G9701, G9761

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단 급여인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치아영상진단 급여인정 기준"을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 "치아영상진단(파노라마 촬영)" 외에 "치아영상진단 급여

인정 기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[파노라마 촬영]
치과치료를 목적으로 환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로 등 치과검진을 하기 위한 촬영술식입니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험급 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에게 대한 보험금을 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 보험개시일 전에 해당 치과치료("치아영상진단(파노라마 촬영)")를 진단확정 받은 경우
7. 라미네이트 등 미용상의 치료

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 진료비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 치과병원 또는 치과의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 경과기간 ( )일 이하	가입후 경과기간 ( )일 초과
“암”으로 사망시	-	보험가입금액
“기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 사망시	보험가입금액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다. 단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 “진단확정”은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 “진단확정”은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조(회사의 보장개시)

① 이 특별약관에서 제3조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 ( )일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기

간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우 보장개시일은 계약일로 합니다.

② 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제5조(계약의 소멸)

제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관의 계약은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암·갑상선암 제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제3조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단확정시	가입금액의 100%

제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(회사의 보장개시)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( ) 일이 지난날의 다음날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상선암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제3조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 갑상선암으로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상선암 진단확정시	가입금액의 100%

제2조(갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(회사의 보장개시)

제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제자리암(상피내암)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제3조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 제자리암(상피내암)으로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
제자리암(상피내암) 진단확정시	가입금액의 100%

제2조(제자리암(상피내암)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암(상피내암)」이라 함은 제자리 신생물 분류표(【별표7】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 제자리암(상피내암)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 제자리암(상피내암)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암(상피내암)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(회사의 보장개시)

제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

경계성종양진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제3조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 경계성종양으로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
경계성종양 진단확정시	가입금액의 100%

제2조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표8】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 경계성종양의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(회사의 보장개시)

제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기타피부암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제3조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
기타피부암 진단확정시	가입금액의 100%

제2조(기타피부암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(회사의 보장개시)

제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3대암(남성3대암/여성특정암)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제3조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 3대암으로 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
3대암(남성3대암/여성특정암) 진단확정시	가입금액의 100%

제2조(3대암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「3대암」이라 함은 해당 피보험자가 남자인 경우에는 「남성3대암」을, 여자인 경우에는 「여성특

정암」을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 "남성3대암"이라 함은 3대암 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 위, 간 및 간내 쓸개관(담관), 쓸개(담낭), 기타 및 상세불명 담도부위, 기관, 기관지 및 폐의 악성신생물(암) 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포 신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cellcarcinoma)은 위의 분류에서 제외합니다.

③ 제1항의 "여성특정암"이라 함은 여성특정암 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 유방, 외음, 질, 자궁목, 자궁체, 상세불명 자궁부위, 난소, 기타 및 상세불명의 여성생식기관 및 태반의 악성신생물(암) 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포 신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cellcarcinoma)은 위의 분류에서 제외합니다.

④ 3대암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 3대암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 3대암에 대한 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(회사의 보장개시)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( ) 일이 지난날의 다음날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제4조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

소아3대암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 소아3대암으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금

액을 소아3대암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(소아3대암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "소아3대암 "이라 함은 소아3대암 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 질병으로 뇌막의 악성신생물(암), 뇌의 악성신생물(암), 기타 및 상세불명의 뇌신경의 악성신생물(암), 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부위의 중복병변의 악성신생물(암), 상세불명의 중추 신경계통의 악성신생물(암), 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다.

② "소아3대암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 "소아3대암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 "소아3대암"에 대한 임상학적 진단이 "소아3대암"의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 "소아3대암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(계약의 소멸)

제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아3대암진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관의 계약은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암직접치료비입원(요양병원제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 암, 갑상선암, 제자리암(상피내암), 기타피부암, 경계성종양(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 암 등의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 4일이상 입원하였을 경우 3일초과 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

세 부 보 장	암직접치료입원비(요양병원제외)
암으로 입원시(갑상선암 및 기타피부암 제외)	세부보장별 가입금액
갑상선암으로 입원시	세부보장별 가입금액
기타피부암으로 입원시	세부보장별 가입금액
제자리암(상피내암)으로 입원시	세부보장별 가입금액
경계성종양으로 입원시	세부보장별 가입금액

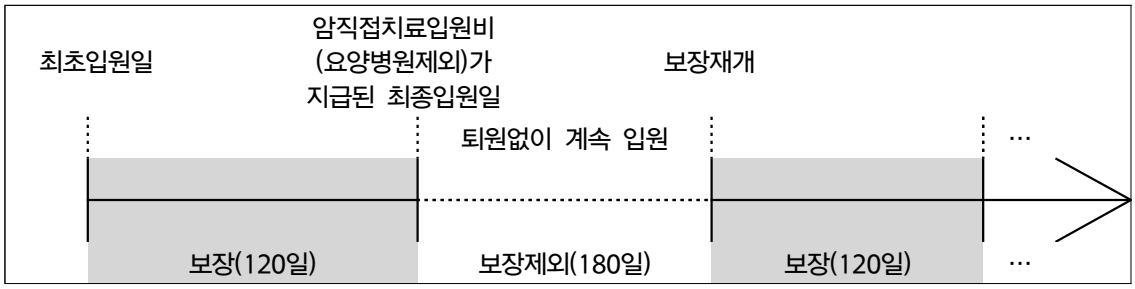
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 암 등의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2

회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 제2항에도 불구하고 암 등의 질병에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암 등의 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 규정에 따라 암직접치료입원비(요양병원제외)를 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「제자리암(상피내암)」이라 함은 제자리 신생물 분류표(【별표7】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표8】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다. 단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑦ 암 등의 질병의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암 등의 질병의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조(암 등의 질병의 직접적인 치료의 정의)

① “암 등의 질병의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암 등의 질병의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암 등의 질병의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암 등의 질병의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(회사의 보장개시)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 암의 경우 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 하며 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암 등의 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암요양병원입원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 제4조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 암, 갑상선암, 제자리암(상피내암), 기타피부암, 경계성종양(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 암 등의 질병의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

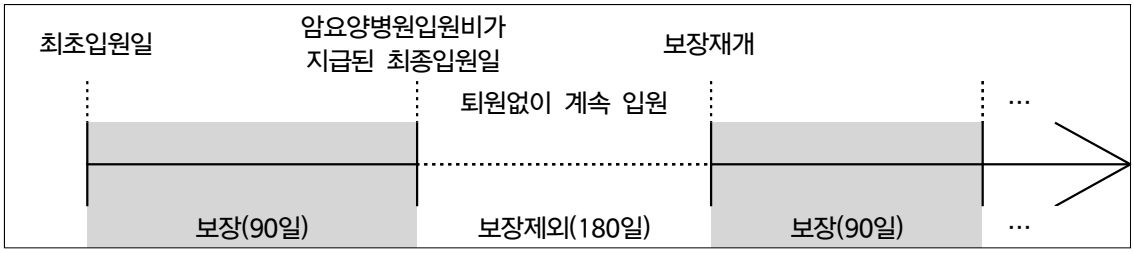
세 부 보 장	암요양병원입원비
암으로 입원시(갑상선암 및 기타피부암 제외)	세부보장별 가입금액
갑상선암으로 입원시	세부보장별 가입금액
기타피부암으로 입원시	세부보장별 가입금액
제자리암(상피내암)으로 입원시	세부보장별 가입금액
경계성종양으로 입원시	세부보장별 가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 암 등의 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 제2항에도 불구하고 암 등의 질병에 대한 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암 등의 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원비를 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「제자리암(상피내암)」이라 함은 제자리 신생물 분류표(【별표7】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표8】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다. 단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암

을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑦ 암 등의 질병의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암 등의 질병의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조(회사의 보장개시)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 암의 경우 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 하며 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암 등의 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암직접통원치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)으로 진단확정되고 그 "암 등의 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접통원치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접통원치료비의 지급횟수는 각각의 "암 등의 질병"마다 1일 통원당 1회에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '"암 등의 질병"의 직접적인 치료'를 목적으로 한 '통원'이란 의사에 의해 "암 등의 질병"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "암 등의 질병"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암 등의 질병"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암 등의 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종

합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암 및 갑상선암 이외의 암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「제자리암(상피내암)」이라 함은 제자리 신생물 분류표(【별표7】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표8】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다. 단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑦ 암 등의 질병의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암 등의 질병의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조(암 등의 질병의 직접적인 치료의 정의)

① "암 등의 질병의 직접적인 치료"라 함은 암 등의 질병을 제거하거나 암 등의 질병의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암 등의 질병의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암 등의 질병의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암 등의 질병의 직접적인 치료"로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는

합병증의 치료

4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기 암환자에 대한 치료

제5조(회사의 보장개시)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 암의 경우 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 하며 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(통원의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 "암 등의 질병"의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선·약물치료비(기타피부암·갑상선암 제외) 특별약관

제1조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내

려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"또는"항암약물치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선·약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선·약물치료비(기타피부암) 특별약관

제1조(기타피부암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"또는"항암약물치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선·약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
기타피부암으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "기타피부암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선·약물치료비(갑상선암) 특별약관

제1조(갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 갑상선암으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"또는"항암약물치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선·약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상선암으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제

거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "갑상선암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암약물치료비(기타피부암·갑상선암 제외) 특별약관

제1조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 “항암약물치료”시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암약물치료비(기타피부암) 특별약관

제1조(기타피부암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】

회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
기타피부암으로 “항암약물치료”시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암약물치료비(갑상선암) 특별약관

제1조(갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 갑상선암으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상선암으로"항암약물치료"시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "갑상선암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터

이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선치료비(기타피부암·갑상선암 제외) 특별약관

제1조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

구 분	지급보험금
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 “항암방사선치료”시	가입금액의 100%

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제2조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선치료비(기타피부암) 특별약관

제1조(기타피부암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
기타피부암으로 “항암방사선치료”시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선치료비(갑상선암) 특별약관

제1조(갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))”에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

② 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니

다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 제5조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후 갑상선암으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상선암으로“항암방사선치료”시	가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “갑상선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

제2조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제6조(계약의 소멸)

회사가 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)에서 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 제3조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 암, 갑상선암, 제자리암(상피내암), 기타피부암, 경계성종양으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

세 부 보 장	암수술비
암으로 수술시(갑상선암 및 기타피부암 제외)	세부보장별 가입금액
갑상선암으로 수술시	세부보장별 가입금액
기타피부암으로 수술시	세부보장별 가입금액
제자리암(상피내암)으로 수술시	세부보장별 가입금액
경계성종양으로 수술시	세부보장별 가입금액

② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받는 경우에는 두 종류 이상의 수술 중 가장 높은 금액에 해당하는 수술비를 지급합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 악성신생물(암) 분류표(【별표4】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「제자리암(상피내암)」이라 함은 제자리 신생물 분류표(【별표7】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표8】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다. 단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑦ 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(회사의 보장개시)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 암의 경우 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 하며 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양의 경우 보험기간의 첫날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제4조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유방암예후예측검사비 특별약관

제1조("유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50

② "유방암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법

【유의사항 : 원발부위(최초 발생한 부위) 기준】
회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
단, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하여, 이 경우 "유방암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "유방암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("유방암특정유전자검사"의 정의)

① 이 특별약관에서 "유방암특정유전자검사"라 함은 "유방암" 진단 후 유방암의 예후 예측을 위하여 유방암 조직에서 다른 유전자의 활성도를 측정, 분석하는 유전자검사로 온코타입 Dx(Oncotype DX), 맘마프린트(Mammaprint) 검사 등을 말합니다.

[유방암특정유전자검사]
유방암 진단 후 해당 유방암의 활성도를 예측하기 위해 유방암의 예후 예측에 사용되는 유전자를 이용하여 개인별 유전 정보에 바탕을 두고 유방암의 추후 재발 위험도나 항암약물 치료 반응에 대한 예측을 결정하는 기초자료가 되는 검사를 말합니다.
(단, 암 진단 전 혈액검사 등을 통한 암에 대한 위험도를 예측하는 검사는 해당되지 않습니다.)

② 제1항의 "유방암특정유전자검사"는「의료법」제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 시행되어야 하며, "유방암특정유전자검사"가 필요하다고 인정된 경우로서 유방암의 호르몬수용체 유무, 림프절 전이 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "유방암"으로 진단확정되고, "유방암특정유전자검사"를 시행한 경우에 보험기간 중 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방암특정유전자검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(회사의 보장개시)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세미만인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.
2. 피보험자의 보험나이가 15세이상인 경우 : 회사의 보장개시일은 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여( )일이 지난날의 다음날로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제3조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 제1항을 적용하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 병리검사결과지 등)

3. 검사결과지(유방암특정유전자검사의 시행여부를 입증할 수 있는 서류)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 보험기간중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표(【별표9】 참조)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의

에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비(1~5종) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 수술분류표(1~5종)(【별표31】참조)에서 정한 수술을 받거나 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표(1~5종)(【별표31】참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 수술1회당 수술 종류에 따라 1~5종 수술비를 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	보험가입금액(수술1종)
2종	보험가입금액(수술2종)
3종	보험가입금액(수술3종)
4종	보험가입금액(수술4종)
5종	보험가입금액(수술5종)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종 수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하여, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비(1~5종)Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 수술분류표(1~5종)Ⅱ(【별표57】참조)에서 정한 수술을 받거나 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표(1~5종)Ⅱ(【별표57】참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 수술1회당 수술종류에 따라 1~5종 수술비를 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	보험가입금액(수술1종)
2종	보험가입금액(수술2종)
3종	보험가입금액(수술3종)
4종	보험가입금액(수술4종)
5종	보험가입금액(수술5종)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종 수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하여, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표(【별표9】 참조)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절분류표(【별표 12】 참조)에 정한 골절을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때 수술 1회당 수술비를 지급합니다.

② 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 보험기간 중에 위 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 골절을 입고 그 골절로 인한 상처부위를 사고전의 상태로 회복시키기 위한 수술일 경우에는 보험금을 지급합니다.)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표13】의 화상분류표에서 정한 화상(이하 “화상”이라 합니다)으로 진단확정 되고, 화상의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 하나의 사고로 2종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상에 해당하는 화상수술비만을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항의 화상이라 함은 【별표13】의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 보험기간 중에 위 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 화상을 입고 그 화상으로 인한 상처부위를 사고전의 상태로 회복시키기 위한 수술일 경우에는 보험금을 지급합니다.)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하

는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해흉터복원수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 “안면부”, “상지”, “하지” 에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상(추한모습)장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 사고발생시점 만 15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

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

② 제1항에서 길이 측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술㎝는 최장직경으로 합니다.

③ 제1항에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

【안면부, 상지, 하지】
1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관에 따릅니다.

7대 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 7대질병으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 7대질병 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

제2조(7대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 7대질병이라 함은 7대질병 분류표(【별표23】 참조)에 정한 질병으로 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 만성하기도질환, 위·십이지장궤양환을 말합니다.

② "7대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14대 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 14대질병으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경

우에는 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 14대질병 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 14대질병 중 '눈 관련 질환'의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(14대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 14대질병이라 함은 14대질병 분류표(【별표25】 참조)에 정한 질병으로 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전을 말합니다.

② "14대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16대 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 16대질병으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 16대질병 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 16대질병 중 '눈 관련 질환'의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(16대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 16대질병이라 함은 16대질병 분류표(【별표26】 참조)에 정한 질병으로 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.

② "16대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술

- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

18대 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 18대질병으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 18대질병 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 18대질병 중 '눈 관련 질환'의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(18대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 18대질병이라 함은 18대질병 분류표(【별표27】 참조)에 정한 질병으로 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증을 말합니다.

② "18대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

21대 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 21대질병으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 21대질병 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

구분	지급금액
당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환	보험가입금액의 ( )%
담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증	보험가입금액의 ( )%
치핵	보험가입금액의 ( )%

② 제1항에도 불구하고 21대질병 중 '눈 관련 질환'의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(21대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 21대질병이라 함은 21대질병 분류표(【별표28】 참조)에 정한 질병으로 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환, 담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증, 치핵을 말합니다.

② "21대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하

는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정13대 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정13대질병으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 특정13대질병 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 특정13대질병 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(특정13대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “특정13대질병”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표47】“특정13대질병수술분류표”에 정한 질병을 말합니다.

② “특정13대질병”의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌 · 내장손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 사고일로부터 그날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태에 해당하는 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·내장손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌손상 : 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 뇌·내장손상 분류표(【별표74】참조)에서 정한 손상을 입고 그 치료를 목적으로 개두(開頭) 수술을 받은 경우
2. 내장손상 : 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 뇌·내장손상 분류표(【별표74】참조)에서 정한 기질적 손상을 입고, 그 치료를 목적으로 개흉(開胸)수술 또는 개복(開腹)수술을 받은 경우

【개두(開頭)수술】
두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

【개흉(開胸)수술】
흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함합니다.

【개복(開腹)수술】
복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 신장, 요관 및 방광 수술을 포함하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

② 피보험자가 동일한 사고로 인해 뇌·내장손상 수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 금액만을 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
진단서 상의 분류번호는 '한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서'(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제4조(수술의 정의와 장소)
① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술

- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

척추질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 척추질환으로 진단확정 되고, 그 척추질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 척추질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 피보험자의 선천기형, 변형 및 염색체이상

제3조(척추질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 척추질환이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 척추질환 분류표(【별표81】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 척추질환의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 척추질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이비인후과질환수술비 특별약관

제1조("이비인후과질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "이비인후과질환"이라 함은 이비인후과질환 분류표(【별표34】참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "이비인후과질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "이비인후과질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "이비인후과질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 이비인후과질환수술비로 피보험자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)

③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

호흡기질환수술비 특별약관

제1조("호흡기질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "호흡기질환"이라 함은 호흡기질환 분류표(【별표35】참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② "호흡기질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "호흡기질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "호흡기질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기질환수술비로 피보험자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1~5종 상해수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 '수술분류표(1~5종)'(【별표31】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 1~5종 상해수술비로 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	보험가입금액(수술1종)
2종	보험가입금액(수술2종)
3종	보험가입금액(수술3종)
4종	보험가입금액(수술4종)
5종	보험가입금액(수술5종)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종 상해수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래 열거된 사유로 인하여 생긴 손해
   가. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   나. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
   다. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
      1) 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대 · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
      2) 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
      3) 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
      4) 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

라. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)

마. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(1종)
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(2종)
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(3종)
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(4종)
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(5종)
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(6종)
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(7종)
- 상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(8종)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 상해(1-8종)수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」 당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술종류	지급금액
1종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(1종)의 보험가입금액
2종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(2종)의 보험가입금액
3종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(3종)의 보험가입금액
4종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(4종)의 보험가입금액
5종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(5종)의 보험가입금액
6종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(6종)의 보험가입금액
7종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(7종)의 보험가입금액
8종	상해(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(8종)의 보험가입금액

② 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 상해(1-8종)수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 상해(1-8종)수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제2조(수술 및 시술의 정의)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리하에 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 】
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【 ADRG(Adjacent DRG) 】
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【 예시 】
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 상해(1-8종)수술비를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 상해(1-8종)수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【 예시 】
피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해(1-8종)수술비를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【 예시 】
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.
·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 상해(1-8종)수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 상해(1-8종)수술비를 각각 지급합니다.

⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」, 「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항
2. 아래 열거된 사유로 인하여 생긴 손해
   가. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
   나. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
   다. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   라. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
   마. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

바. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
사. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
아. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
자. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
차. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

3. 회사는 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
4. 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(1종)
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(2종)
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(3종)
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(4종)
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(5종)
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(6종)
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(7종)
- 질병(1-8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(8종)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 질병(1-8종)수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」 당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술종류	지급금액
1종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(1종)의 보험가입금액
2종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(2종)의 보험가입금액
3종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(3종)의 보험가입금액
4종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(4종)의 보험가입금액
5종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(5종)의 보험가입금액
6종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(6종)의 보험가입금액
7종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(7종)의 보험가입금액
8종	질병(1~8종)수술비(급여,시술포함,연간3회한)(8종)의 보험가입금액

② 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 질병(1~8종)수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 질병(1~8종)수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제2조(수술 및 시술의 정의)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리하에 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 】
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【 ADRG(Adjacent DRG) 】
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 '1~8종 수술 및 시술 분류표'(【별표58】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 “KDRG”기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【 예시 】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병(1-8종)수술비를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 질병(1-8종)수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 ‘1~8종 수술 및 시술 분류표’(【별표58】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【 예시 】

피보험자가 입원을 하고 “유방재건술(J051)”(3종)과 “유방절제술(J061)”(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 “유방재건술(J051)”입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 “유방절제술(J061)”에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의

보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병(1-8종)수술비를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【 예시 】
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.
·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 질병(1-8종)수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 질병(1-8종)수술비를 각각 지급합니다.

⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」, 「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 아래 열거된 사유로 인하여 생긴 손해
   가. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
   나. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
   다. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   라. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
   마. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
   바. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
   사. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
   아. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
   자. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
   차. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우
2. 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
   가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
   나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   다. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   라. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
   마. 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)
3. 회사는 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
4.. 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 입원 수술비(당일입원 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 수술(이하 '상해 입원 수술'이라 합니다)을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원 수술비(당일입원 제외)(이하 '상해 입원 수술비'라 합니다)로 지급합니다.

② 제1항의 '당일입원'이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래 열거된 사유로 인하여 생긴 손해
   가. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   나. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
   다. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
      1) 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
      2) 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
      3) 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
      4) 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   라. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
   마. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 입원이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료

가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 통원 수술비(외래 및 당일입원) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 '상해 통원 수술'이라 합니다)을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 통원 수술비(외래 및 당일입원)(이하 '상해 통원 수술비'라 합니다)로 지급합니다.

② 제1항의 '당일입원'이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래 열거된 사유로 인하여 생긴 손해
   가. 건강검진, 예방접종, 인공유산
   나. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보

조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

다. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

1) 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대 · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

2) 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

3) 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

4) 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

라. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. (다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)

마. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 입원이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의

에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스마트기기·컴퓨터관련 특정질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 "스마트기기·컴퓨터관련 특정질환"으로 진단이 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험가입금액을 스마트기기·컴퓨터관련 특정질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 스마트기기·컴퓨터관련 특정질환 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(스마트기기·컴퓨터관련 특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 스마트기기·컴퓨터관련 특정질환이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표 65】스마트기기·컴퓨터관련 특정질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 스마트기기·컴퓨터관련 특정질환의 진단확정은「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 스마트기기·컴퓨터관련 특정질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술

- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

손가락 • 발가락 절단 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간내에 손가락 • 발가락 절단 수술분류표(【별표89】 참조)에서 정하는 수술을 받은 경우에 수술 1회당 보험증권에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다

② 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 손가락 • 발가락 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

손가락 • 발가락 관혈 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 상해 또는 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간내에 손가락 • 발가락 관혈 수술분류표(【별표90】 참조)에서 정하는 수술을 받은 경우에 수술 1회당 보험증권에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다

② 피보험자가 동시에 두 가지 이상의 손가락 • 발가락 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(수술의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의

에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 입원일당(365일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 입원일당(4일이상 365일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관의 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

일반상해 중환자실입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4에 규정한 중환자실을 말합니다. 회사는 피보험자가 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의

보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 입원일당 확장보상 추가특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

24시간상해 입원일당 특별약관, 24시간상해 입원일당(365일 한도) 특별약관, 일반상해 중환자실입원일당 특별약관에도 불구하고 보험금을 지급하지 않는 사유는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 상해가 발생하였을 경우 상해 발생자 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관, 24시간상해 입원일당 특별약관, 24시간상해 입원일당(365일 한도) 특별약관, 일반상해 중환자실입원일당 특별약관을 따릅니다.

24시간상해 간병인사용 입원일당(요양병원제외, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 상해 간병인사용입원일당(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 간병인사용입원일당(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액

② 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 2만원
① 간병인 사용일 및 금액:
2023년 4월 10일 ~ 4월 17일, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
2만원 X 8일 = 16만원 지급
② 간병인 사용일 및 금액:
2023년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 X 50% X 8일 = 8만원 지급

③ 제1항의 “간병인”이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다. 다만, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

④ 제3항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
⑤ 제3항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
② 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 간병인사용 입원일당(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
④ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(“입원”의 정의 및 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 간병인사용 입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 간병인사용입원일당(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 간병인사용입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 “간병인”이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어

급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다. 다만, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제3항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

④ 제3항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 간병인사용 입원일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("입원"의 정의 및 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당을 지급합니다.

④ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 간호·간병통합서비스사용 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("입원"의 정의 및 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 수술동반입원일당(1일이상 20일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에

의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제2항에서 정한 “수술동반입원”에 해당되는 경우 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술동반입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 “수술동반입원”이라 함은 아래에 모두 해당되는 경우를 말합니다. 다만, 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

1. 상해의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제2조(“수술”의 정의 및 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

③ 제1항의 상해수술동반입원비의 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 20일을 한도로 합니다.

④ 제2항의 “수술”은 같은 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 제1항 내지 제3항을 적용하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
② 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 수술동반입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.
③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박탑승

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

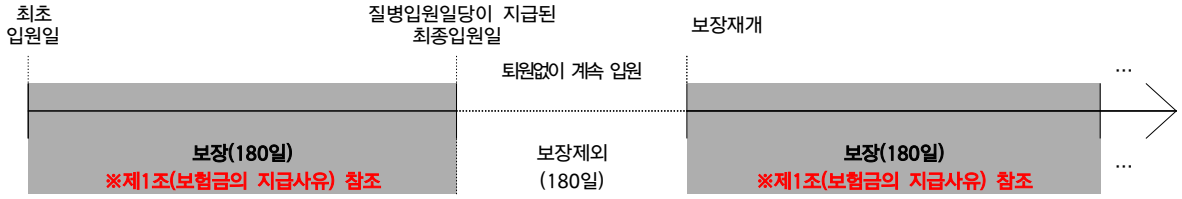
회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초입원일로부터 1일당 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(4일이상 120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

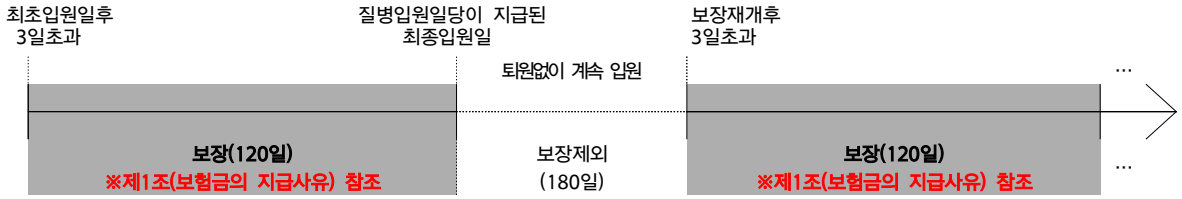
회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초 입원일로부터 3일초과 1일당 보험가입금액을 질병입원으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

> 【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
> 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

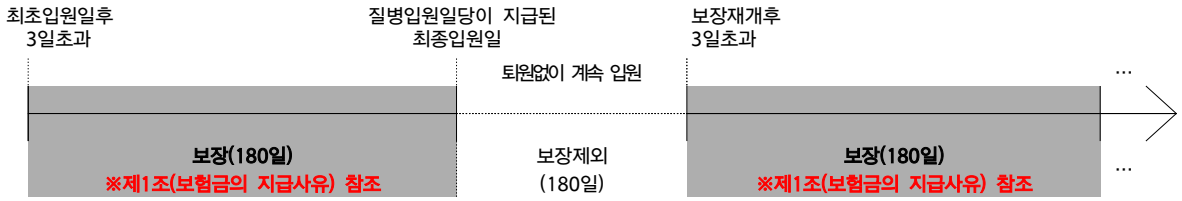
② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초입원일로부터 3일초과 1일당 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

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

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당 출산확장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 질병입원일당 특별약관 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제9차 개정 한국표준질병·사인분류상의 O00-O99)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 질병입원일당 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 「모자보건법」 제2조(정의)에서 정한 산후조리에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.
② 제1항의 질병입원일당 특별약관이라함은 다음 각 호의 특별약관을 말합니다.
1. 질병입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관
2. 질병입원일당(4일이상 120일한도) 특별약관
3. 질병입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 질병입원일당 특별약관 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) (제1항 제2호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

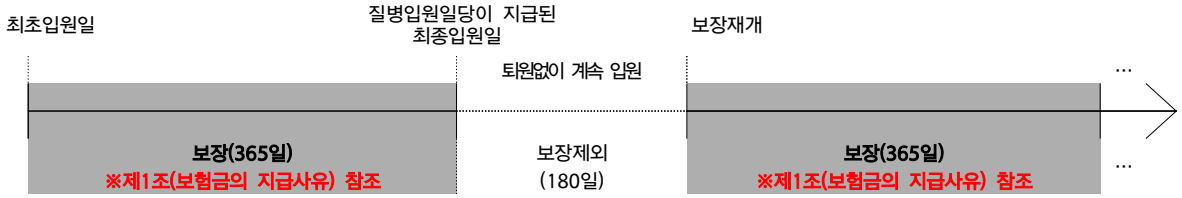
질병입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초입원일로부터 1일당 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원

한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 365일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

> 【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
> 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당(4일이상 365일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초입원일로부터 3일초과 1일당 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수

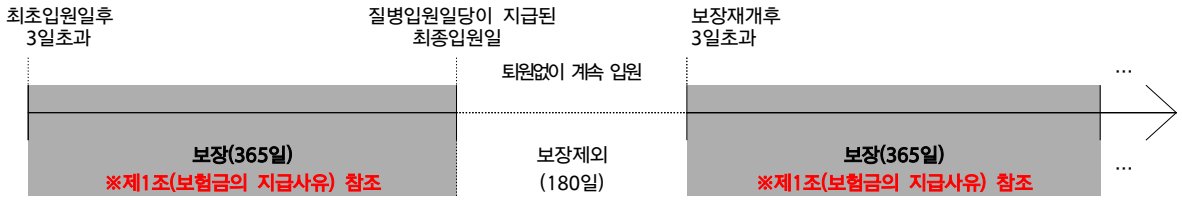
익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 365일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

> 【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
> 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당 출산확장(365일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 질병입원일당 특별약관 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제9차 개정 한국표준질병·사인분류상의 O00-O99)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 질병입원일당 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 「모자보건법」 제2조(정의)에서 정한 산후조리에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

② 제1항의 질병입원일당 특별약관이라함은 다음 각 호의 특별약관을 말합니다.

1. 질병입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관
2. 질병입원일당(4일이상 365일한도) 특별약관

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 질병입원일당 특별약관 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) (제1항 제2호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독입원일당(4일이상 120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

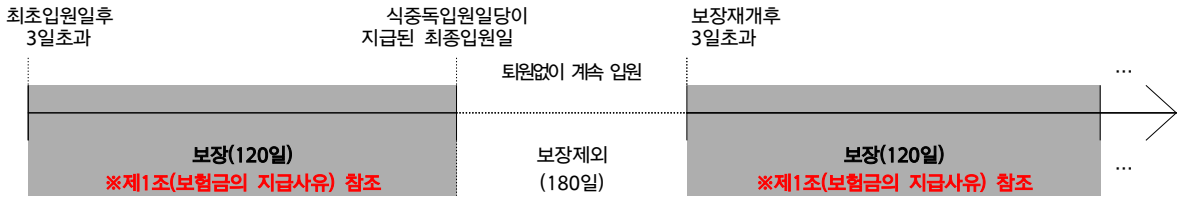
회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 "식중독"이라 함)이 발생하고 그 치료를 직접적인 목적으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 4일이상 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초입원일로부터 3일초과 1일당 보험증권에 기재된 일당액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 식중독 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 식중독입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 식중독입원일당에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 식중독입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 식중독입원일당의 전부 또는

일부를 지급하지 않습니다.

제3조(식중독의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관 계약에 있어서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 식중독분류표(【별표14】 참조)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우에 한합니다.

② 식중독의 진단 확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7대질병입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

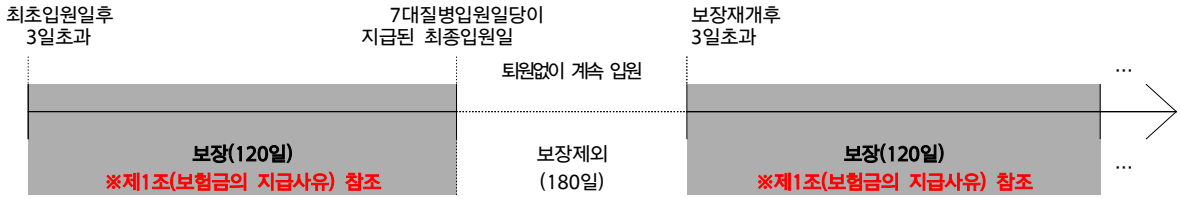
회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 7대질병으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 입원한 경우에는 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 7대질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 7대질병에 대한 입원이라도 7대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 7대질병입원일당에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 7대질병입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 7대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 7대질병이라 함은 7대질병 분류표(【별표23】 참조)에 정한 질병으로 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

② 7대질병의 진단 확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료

기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병중환자실입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

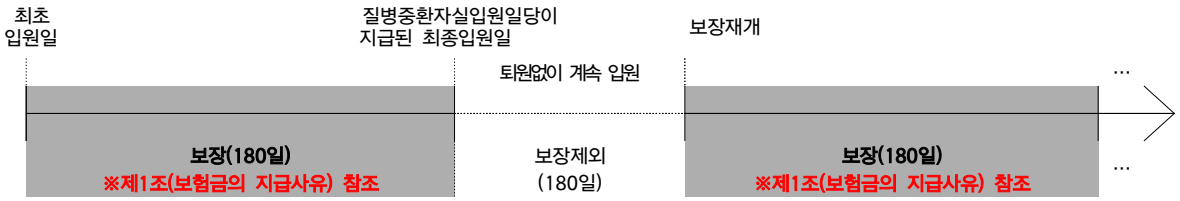
② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4에 규정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

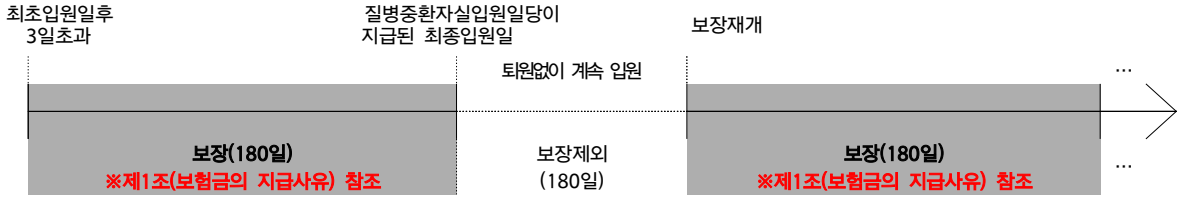
② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병중환자실입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4에 규정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
③ 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병입원일당을 계속 지급합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제3조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정

한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병수술동반입원일당(1일이상 20일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)
- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인해 제2항에서 정한 "수술동반입원"에 해당되는 경우 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술동반입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 이 특별약관에서 "수술동반입원"이라 함은 아래에 모두 해당되는 경우를 말합니다. 다만, 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제2조("수술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

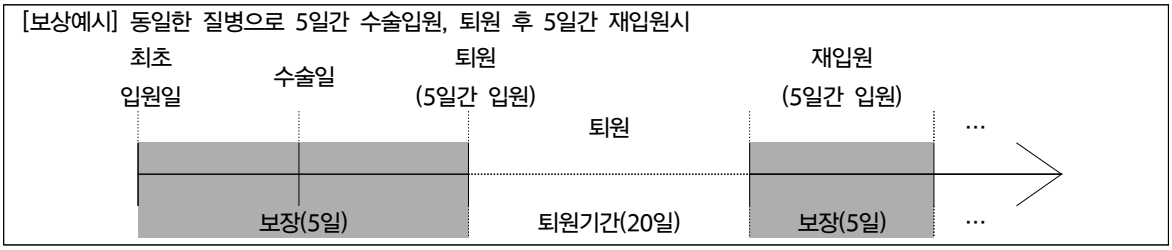
③ 제1항의 질병수술동반입원비의 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 20일을 한도로 합니다.

④ 제2항의 "수술"은 같은 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 제1항 내지 제3항을 적용하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

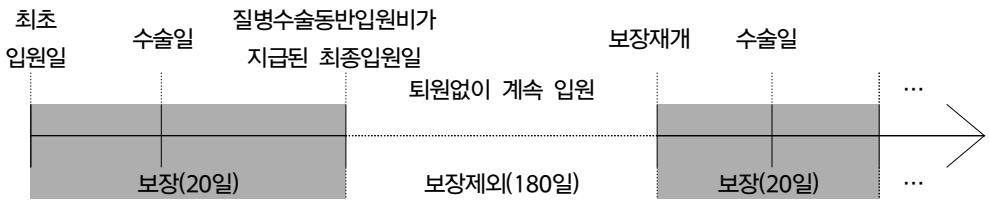
① 피보험자가 "수술"이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 "수술동반입원"으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

[보상예시] 동일한 질병으로 5일간 수술입원, 퇴원 후 5일간 재입원시



② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술동반입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 또다른 "수술동반입원"으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병수술동반입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[보상예시] 보장제외 180일 후 동일한 질병으로 수술동반입원한 경우



③ 피보험자가 보장개시일 이후 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 수술동반입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 최초의 "수술동반입원"이후 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 "수술동반입원" 한 것으로 보아 제2항에 따라 각 입원일수를 더합니다.

⑥ "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일로부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비를 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장

② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비를 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제4항에 따라 보장

③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비를 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제4항에 따라 보장

④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비

11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 (【별표2】비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

질병 간병인사용 입원일당(요양병원제외, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원일당(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원일당(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험가입금액

② 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인

사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 2만원
① 간병인 사용일 및 금액:
2023년 4월 10일 ~ 4월 17일, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
2만원 X 8일 = 16만원 지급
② 간병인 사용일 및 금액:
2023년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
2만원 X 50% X 8일 = 8만원 지급

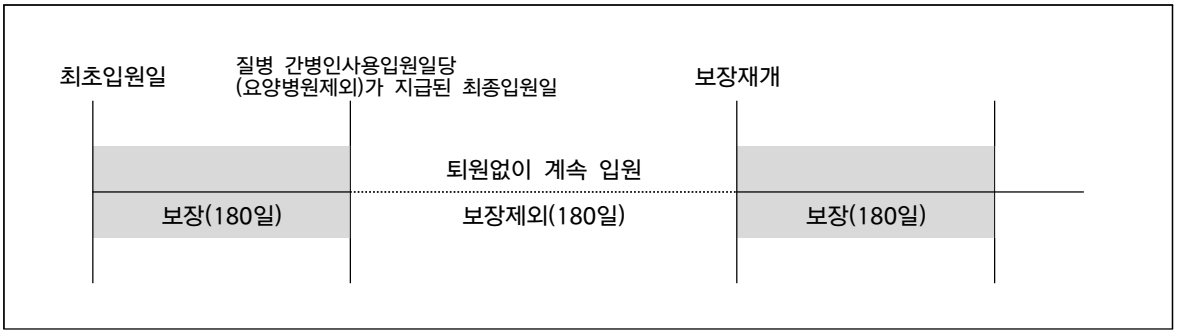
③ 제1항의 “간병인”이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다. 다만, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

④ 제3항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
⑤ 제3항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 간병인사용입원일당(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병 간병인사용입원일당(요양병원제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 간병인사용입원일당(요양병원제외)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 간병인사용 입원일당(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원

(단, 요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("입원"의 정의 및 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
   6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 간병인사용 입원일당(요양병원, 1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 간병인사용입원일당(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 간병인사용입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "간병인"이라 함은 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다. 다만, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

> [간병인의 주요 업무]
> 침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

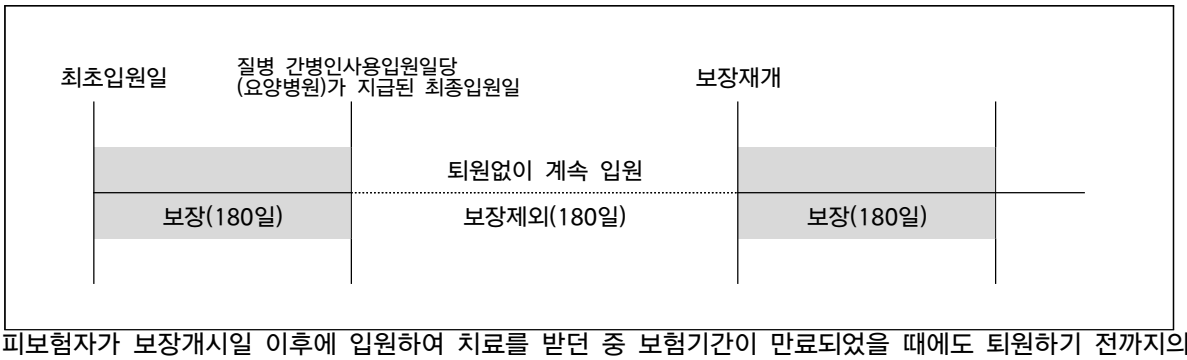
③ 제3항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

④ 제3항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 간병인사용입원일당(요양병원)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병 간병인사용입원일당(요양병원)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 간병인사용입원일당(요양병원)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 간병인사용 입원일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용

하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(“입원”의 정의 및 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
   6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

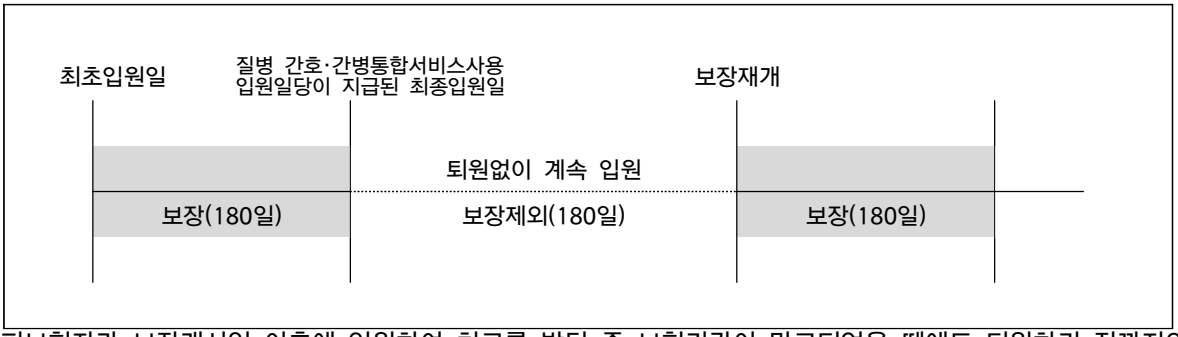
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당을 지급한 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 간호·간병통합서비스사용 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조("입원"의 정의 및 장소)

제1조(보험금의 지급사유)의 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서・영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호・간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 “스마트기기・컴퓨터관련 특정질환”의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 입원일당으로 지급합니다. 다만, 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

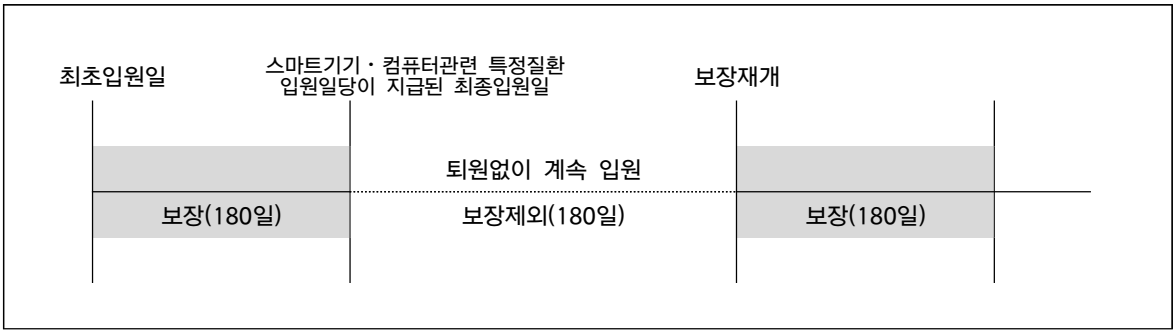
② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 보장합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 스마트기기・컴퓨터관

련 특정질환 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



제2조(스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표 65】스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 진단확정은「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(입원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 치료를 직접적인 목적으로한 입원"이란 의사에 의해 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환으로 진단이 된 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환으로 진단된 경우에는 이는 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

12. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중직접치료통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정되고 "뇌졸중"의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 뇌졸중통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
③ 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조("통원"의 정의 및 장소)
① 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "뇌졸중"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "뇌졸중"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌졸중"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정되고 "뇌졸중"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 뇌졸중종합병원통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
③ 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조("통원"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "뇌졸중"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "뇌졸중"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌졸중"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증직접치료통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단확정되고 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 급성심근경색증통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
③ 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급성심근경색증"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 “급성심근경색증”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 급성심근경색증종합병원통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

③ 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 “급성심근경색증”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환직접치료통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 병원에 통원하였을 경우 통원1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 뇌혈관질환통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

제2조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌혈관질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌혈관질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌혈관질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환직접치료통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원비로 보험수익자에게 지급합

니다.
② 제1항의 뇌혈관질환통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
③ 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

제3조("통원"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "뇌혈관질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "뇌혈관질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌혈관질환"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 뇌혈관질환종합병원통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
③ 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

제4조(“통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌혈관질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌혈관질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌혈관질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환직접치료통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 허혈성심장질환통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

제2조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한

국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “허혈성심장질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “허혈성심장질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “허혈성심장질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환직접치료통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 허혈성심장질환통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

③ 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

② “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “허혈성심장질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “허혈성심장질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “허혈성심장질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환직접치료종합병원통원비 특별약관(연간30일한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환종합병원통원비로

보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 허혈성심장질환종합병원통원비는 통원의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
③ 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

제4조("통원"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "허혈성심장질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "허혈성심장질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "허혈성심장질환"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

온열질환 입원일당(1일이상 5일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 온열질환이 발생하고 그 치료를 직접적인 목적으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 1일이상 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초입원일로부터 1일당 보험증권에 기재된 일당액을 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 "온열질환"이라 함은 온열질환 분류표(【별표66】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
③ "온열질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련

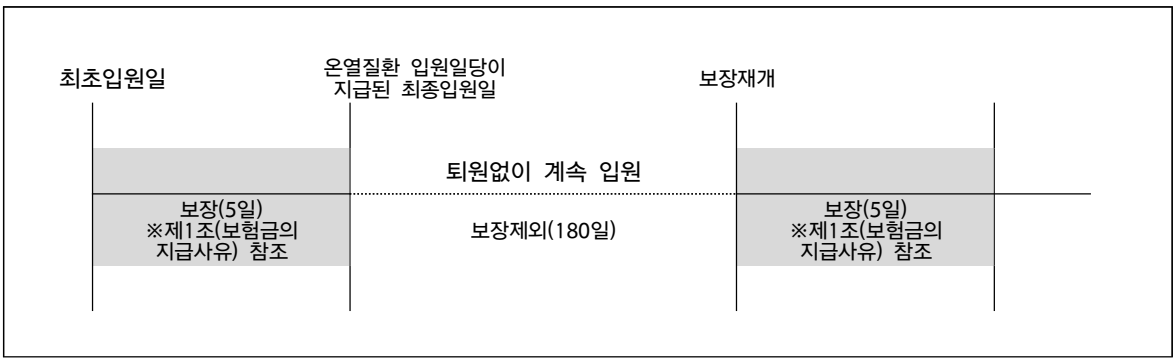
법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “온열질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 5일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 온열질환의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 온열질환에 대한 입원이라도 온열질환 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 온열질환 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 온열질환 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 온열질환 입원일당을 계속 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

한랭질환 입원일당(1일이상 5일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 한랭질환이 발생하고 그 치료를 직접적인 목적으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 1일이상 입원하여 신체에 치료를 받은 때에는 최초입원일로부터 1일당 보험증권에 기재된 일당액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "한랭질환"이라 함은 한랭질환 분류표(【별표67】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

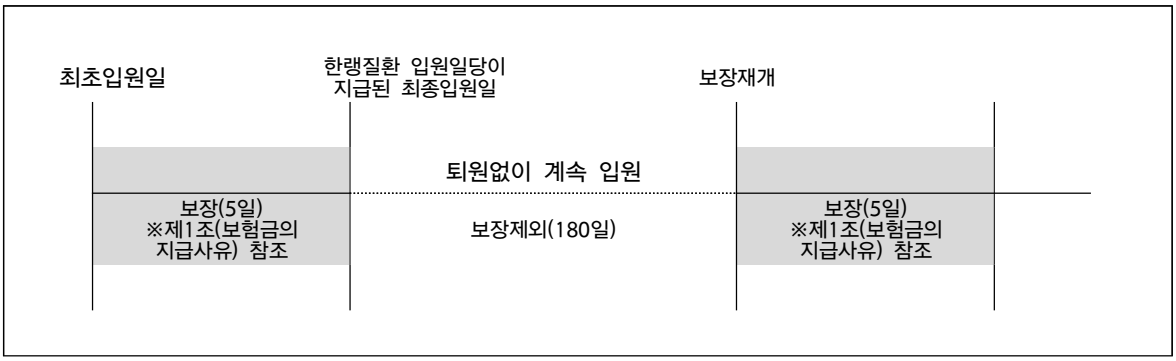
③ "한랭질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "한랭질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 5일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 한랭질환의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 동일한 한랭질환에 대한 입원이라도 한랭질환 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 한랭질환 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 한랭질환 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 한랭질환 입원일당을 계속 지급합니다.

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

제3조(입원의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고 벌금(대인) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여받은 벌금액을 1사고당 2,000만원을 한도로 보상하여 드립니다. 단, 어린이 보호구역(스쿨존)에서 발생한 사고로 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따라 처벌을 받은 경우에는 피보험자가 부담하여야 하는 벌금액을 3,000만원 한도로 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」】
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 벌금액은 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간이 끝난 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

③ 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제금액을 포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제금액을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 하나의 사고에 대하여 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당되는 경우, 제3항의 '벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)'에는 '자동차 운전 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)에 따른 벌금액을 보장하는 계약' 또한 포함됩니다.

1. 자동차 운전 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차 운전 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금액이 확정된 경우

⑤ 제1항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑥ 이 특별약관에서 어린이 보호구역(스쿨존)이라 함은 「도로교통법」 제12조에 따라 지정된 어린이 보호구역을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자의 벌금액이 확정된 경우 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)의 벌금을 납부하기 전에도 피보험자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 형사재판 확정증명서
2. 법원 판결문 또는 약식 명령문
3. 교통사고사실확인원
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고 벌금(대물) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우 1사고당 벌금액을 500만원 한도로 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「도로교통법」 제151조(벌칙)】
차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항의 벌금액은 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간이 끝난 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

③ 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 하나의 사고에 대하여 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당되는 경우, 제3항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)에는 '자동차 운전 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약' 또한 포함됩니다.

1. 자동차 운전 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차 운전 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금액이 확정된 경우

⑤ 제1항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑥ 제5항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자의 벌금액이 확정된 경우 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)의 벌금을 납부하기 전에도 피보험자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 형사재판 확정증명서
2. 법원 판결문 또는 약식 명령문
3. 교통사고사실확인원
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(동승자포함) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받

은 경우

3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	1,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	2,000만원
140일 이상 진단 시	3,000만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.

④ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표10】참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

⑤ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단,「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액 한도로 보상하여 드립니다.

⑦ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑧ 제3항에 따라 보험회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【중상해】사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

⑨ 제1항에서 자동차라 함은 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 「건설기계관리법 시행령」 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)에 의한 무면허, 음주상태 또는 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(동승자제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	1,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	2,000만원
140일 이상 진단 시	3,000만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.

④ 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표10】참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

⑤ 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액 한도로 보상하여 드립니다.

⑦ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑧ 제3항에 따라 보험회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【중상해】사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

⑨ 제1항에서 자동차라 함은 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 「건설기계관리법 시행령」 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)에 의한 무면허, 음주상태 또는 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계

액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금Ⅲ 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고(이하 '자동차 운전 중 교통사고'라 합니다)로 타인(이하 '피해자'라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 자동차 운전 중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우. 다만, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고에 한하여 피해자가 42일 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우도 포함합니다.
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다)되거나 자동차사고 부상 등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

【중상해】
사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」】
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당되는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금액을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제1항 및 제2항의 피해자에서 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외됩니다.

④ 교통사고처리지원금은 매사고마다 피해자 각각에 대하여 지급합니다.

⑤ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 1억원
2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	2,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	7,000만원
140일 이상 진단 시	1억원

3. 제1항 제3호의 경우 : 1억원

⑥ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은「교통사고처리 특례법」제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전 중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단,「교통사고처리 특례법」제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑧ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제5항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑨ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑩ 제2항에 따라 회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑪ 제1항에서 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑫ 제11항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가「도로교통법」제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금Ⅳ 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고(이하 '자동차 운전 중 교통사고'라 합니다)로 타인(이하 '피해자'라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 자동차 운전 중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우. 다만, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고에 한하여 피해자가 42일 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우도 포함합니다.
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다)되거나 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

【중상해】
사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」】
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당되는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금액을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제1항 및 제2항의 피해자에서 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외됩니다.

④ 교통사고처리지원금은 매사고마다 피해자 각각에 대하여 지급합니다.

⑤ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 1.3억원
2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	2,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	8,000만원
140일 이상 진단 시	1억원

3. 제1항 제3호의 경우 : 1억원

⑥ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은「교통사고처리 특례법」제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전 중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단,「교통사고처리 특례법」제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑧ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제5항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑨ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑩ 제2항에 따라 회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑪ 제1항에서 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑫ 제11항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의

3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금Ⅴ 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고(이하 '자동차 운전 중 교통사고'라 합니다)로 타인(이하 '피해자'라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 자동차 운전 중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우. 다만, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고에 한하여 피해자가 42일 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우도 포함합니다.
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다)되거나 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

【중상해】
사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」】
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하

같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당되는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금액을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제1항 및 제2항의 피해자에서 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외됩니다.

④ 교통사고처리지원금은 매사고마다 피해자 각각에 대하여 지급합니다.

⑤ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우 : 2억원
2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	2,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	8,000만원
140일 이상 진단 시	1.3억원

3. 제1항 제3호의 경우 : 2억원

⑥ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 「교통사고처리 특례법」 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전 중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리 특례법」 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑧ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제5항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑨ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑩ 제2항에 따라 회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑪ 제1항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑫ 제11항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금Ⅵ(중상해보장 확대) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고(이하 '자동차 운전 중 교통사고'라 합니다)로 타인(이하 '피해자'라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 자동차 운전 중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우. 다만, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고에 한하여 피해자가 42일 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우도 포함합니다.
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다)되거나 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
4. 일반교통사고로 피해자에게 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급 내지 3급 외에 해당하는 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조 위반 혐의에 따라 경찰조사 후 불송치되거나, 검찰에 의해 불기소된 경우. 단, 피보험자와 피해자간 형사합의로 인하여 불송치되거나, 불기소된 경우에 한합니다.

② 제1항 제4호에서 불송치 및 불기소에 해당하는 경우 경찰서 또는 검찰청에 제출된 의사 진단서 또는 소견서상으로 중상해의 기준에 부합하고, 해당 기관으로부터 확인된 경우에 한하여 형사합의금을 지급합니다.

【중상해】
사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」】
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당되는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금액을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제1항 및 제3항의 피해자에서 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외됩니다.

⑤ 교통사고처리지원금은 매사고마다 피해자 각각에 대하여 지급합니다.

⑥ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우 : 1억원
2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	2,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	7,000만원
140일 이상 진단 시	1억원

3. 제1항 제3호의 경우 : 1억원
4. 제1항 제4호의 경우 : 5천만원

⑦ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 「교통사고처리 특례법」 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑧ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전 중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리 특례법」 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑨ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제6항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑩ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑪ 제3항에 따라 회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑫ 제1항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑬ 제12항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금Ⅷ(중상해보장 확대) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고(이하 '자동차 운전 중 교통사고'라 합니다)로 타인(이하 '피해자'라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 자동차 운전 중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우

2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우. 다만, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고에 한하여 피해자가 42일 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우도 포함합니다.
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다)되거나 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
4. 일반교통사고로 피해자에게 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급 내지 3급 외에 해당하는 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조 위반 혐의에 따라 경찰조사 후 불송치되거나, 검찰에 의해 불기소된 경우. 단, 피보험자와 피해자간 형사합의로 인하여 불송치되거나, 불기소된 경우에 한합니다.

② 제1항 제4호에서 불송치 및 불기소에 해당하는 경우 경찰서 또는 검찰청에 제출된 의사 진단서 또는 소견서상으로 중상해의 기준에 부합하고, 해당 기관으로부터 확인된 경우에 한하여 형사합의금을 지급합니다.

【중상해】
사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」】
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당되는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금액을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제1항 및 제3항의 피해자에서 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외됩니다.

⑤ 교통사고처리지원금은 매사고마다 피해자 각각에 대하여 지급합니다.

⑥ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우 : 1.3억원
2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	2,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	8,000만원
140일 이상 진단 시	1억원

3. 제1항 제3호의 경우 : 1억원
4. 제1항 제4호의 경우 : 5천만원

⑦ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 「교통사고처리 특례법」 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑧ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전 중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리 특례법」 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
⑨ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제6항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
⑩ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑪ 제3항에 따라 회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑫ 제1항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.
⑬ 제12항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금Ⅷ(중상해보장 확대) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고(이하 '자동차 운전 중 교통사고'라 합니다)로 타인(이하 '피해자'라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 자동차 운전 중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우. 다만, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고에 한하여 피해자가 42일 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우도 포함합니다.
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다)되거나 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
4. 일반교통사고로 피해자에게 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)에서 정한 상해급수 1급 내지 3급 외에 해당하는 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리 특례법」 제3조 위반 혐의에 따라 경찰조사 후 불송치되거나, 검찰에 의해 불기소된 경우. 단, 피보험자와 피해자간 형사합의로 인하여 불송치되거나, 불기소된 경우에 한합니다.

② 제1항 제4호에서 불송치 및 불기소에 해당하는 경우 경찰서 또는 검찰청에 제출된 의사 진단서 또는 소견서상으로 중상해의 기준에 부합하고, 해당 기관으로부터 확인된 경우에 한하여 형사합의금을 지급합니다.

【중상해】
사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」】
제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당되는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금액을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제1항 및 제3항의 피해자에서 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외됩니다.

⑤ 교통사고처리지원금은 매사고마다 피해자 각각에 대하여 지급합니다.

⑥ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 2억원

2. 제1항 제2호의 경우

구분	한도금액
42일 미만 진단 시 (「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13에 해당하는 사고에 한함)	500만원
42일 이상 70일 미만 진단 시	2,000만원
70일 이상 140일 미만 진단 시	8,000만원
140일 이상 진단 시	1.3억원

3. 제1항 제3호의 경우 : 2억원
4. 제1항 제4호의 경우 : 7천만원

⑦ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은「교통사고처리 특례법」제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑧ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전 중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단,「교통사고처리 특례법」제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑨ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제6항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑩ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑪ 제3항에 따라 회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑫ 제1항에서 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑬ 제12항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가「도로교통법」제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(6주미만부상, 중대법규위반) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 중대법규위반 교통사고로 타인(이하 '피해자'라 합니다)이 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만 치료를 요한다는 진단을 받고 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다. 피해자의 진단기간은 추가 진단일수를 합산한 최종 진단기간을 기준으로 합니다. 다만 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 자동차 운전 중 교통사고로 인한 경우는 제외합니다.

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당되는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금액을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제1항 및 제2항의 피해자에서 피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외됩니다.

④ 교통사고처리지원금은 매사고마다 피해자 각각에 대하여 지급합니다.

⑤ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

보험가입금액	21일 이하 진단시	22일~41일 진단시
500만원	150만원	500만원
700만원	250만원	700만원
1000만원	500만원	1,000만원

⑥ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 「교통사고처리 특례법」 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제5항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑧ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서

5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑨ 제2항에 따라 회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑩ 제1항에서 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑪ 제10항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가「도로교통법」제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고변호사선임비용(약식기소제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기

(이하 '기소'라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 '변호사선임비용'이라 합니다)를 1사고마다 보험가입금액 500만원을 한도로 피보험자에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 자동차라 함은「자동차관리법 시행규칙」제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및「자동차손해배상보장법 시행령」제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항의 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1항의 1사고라 함은 하나의 자동차 운전 중 발생한 자동차사고를 말하며, 1사고로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

⑥ 아래의 각 호에 모두 해당하는 경우 회사는 변호사선임비용의 일부를 변호사 선임 확정 시 변호사에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자가 타인을 사망하게 한 경우 또는 중대법규위반 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 피해자에게「자동차손해배상보장법 시행령」제3조에서 정한 부상등급(【별표42】자동차사고 부상등급표 참조) 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
2. 피보험자가 변호사 선임을 확정하고, 변호사가 변호사선임비용을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 약정을 한 경우
3. 회사가 변호사에게 변호사선임비용을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 변호사에게 직접 지급되는 보험금(변호사선임비용)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑦ 제6항에 따라 회사가 변호사에게 직접 지급하는 변호사선임비용은 실제 발생한 변호사선임비용의 50%이내의 금액 중 피보험자가 요청한 금액으로 하며, 보험가입금액의 50%를 한도로 합니다.

⑧ 제6항에 따라 변호사선임비용을 직접 지급한 이후 추후 확인되는 사실관계에 따라 제1항에 해당되지 않거나 제2조(보상하지 않는 손해)에 해당되는 경우, 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제6항에 따라 지급된 변호사선임비용을 반환하여야 합니다.

⑨ 제6항에 따라 지급된 변호사선임비용 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 변호사선임비용을 청구하지 않을 경우, 회사는 제8항에 해당하는지 여부를 확인하여 피보험자에게 제6항에 따라 지급된 변호사선임비용에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가「도로교통법」제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
7. 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

① 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 피보험자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 피보험자는 제1조(보상하는 손해) 제6항에 따라 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 변호사 선임 또는 사건위임 계약서, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 보험금 수령에 관한 위임장, 위임자의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 위임자 의사표시의 확인방법 또는 확인서(회사양식)
5. 기타 피보험자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)

① 제1조(보상하는 손해)의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 공제계약을 포함합니다. 이하 동일합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

※ 보장대상 변호사선임비용 : 보험금 지급사유에 따라 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액
(단, 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 금액은 제외)

※ 보장책임액 : (보장대상 변호사선임비용 – 피보험자부담 공제금액)과 보상한도 중 작은 금액

【다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 예시】

피보험자의 실제 변호사선임비용(보장대상 변호사선임비용) 600만원,

계약1 : 보상한도 500만원, 공제금액 없음
피보험자부담 공제금액 0
보장책임액 = min(600 − 0, 500) = 500(만원)

계약2 : 보상한도 300만원, 공제금액 실제 변호사비용의 50%
피보험자부담 공제금액 300만원(실제 변호사선임비용의 50%)
보장책임액 = min(600 − 300, 300) = 300(만원)

- 계약1 = 375 = (600 − 0) × $\frac{\text{계약1(500)}}{\text{계약1(500)+계약2(300)}}$
- 계약2 = 225 = (600 − 0) × $\frac{\text{계약2(300)}}{\text{계약1(500)+계약2(300)}}$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

보복운전피해위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 '보복운전'의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 기소유예된 경우, 이 특별약관의 보험가입금액을 보복운전피해위로금으로 피보험자에게 지급합니다.

② 제1항의 '보복운전'이라 함은 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 시비로 인하여 타인이 자동차를 수단으로 피보험자를 상대로 다음 각 호에서 정한 행위를 하여 검찰에 의해 기소 또는 기소유예된 경우를 말합니다.

1. 「형법」 제258조의2(특수상해)에서 정한 특수상해
2. 「형법」 제258조의2(특수상해) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수상해
3. 「형법」 제261조(특수폭행)에서 정한 특수폭행
4. 「형법」 제261조(특수폭행) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수폭행
5. 「형법」 제284조(특수협박)에서 정한 특수협박
6. 「형법」 제284조(특수협박) 및 제285조(상습범)에서 정한 상습특수협박
7. 「형법」 제369조(특수손괴)에서 정한 특수손괴

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

③ 하나의 '보복운전'이 제2항 각 호의 행위 중 2개 이상에 해당하더라도 1회에 한하여 보복운전피해위로금을 지급합니다.

④ 보복운전으로 인한 제2항의 행위를 상습적으로 범하여 가중처벌되거나 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄는 보복운전으로 봅니다.

⑤ 제2항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑥ 제5항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 상호보복운전으로 기소 또는 기소유예 되는 경우

【상호보복운전】
상호간에 보복운전을 행하여 하나의 사고에 대한 사건의 당사자가 피해자인 동시에 가해자가 되는 경우를 말합니다.

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명, 불기소 이유 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
4. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고 부상치료비(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험기간 중에 다음 각 호에서 정한 사고(이하 '자동차사고'라 합니다)로 인한 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 「자동차손해배상보장법시행령」에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 부상등급별 보험금액을 자동차사고 부상치료비로 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	보험가입금액의 ( )%	8급	보험가입금액의 ( )%
2급	보험가입금액의 ( )%	9급	보험가입금액의 ( )%
3급	보험가입금액의 ( )%	10급	보험가입금액의 ( )%
4급	보험가입금액의 ( )%	11급	보험가입금액의 ( )%
5급	보험가입금액의 ( )%	12급	보험가입금액의 ( )%
6급	보험가입금액의 ( )%	13급	보험가입금액의 ( )%
7급	보험가입금액의 ( )%	14급	보험가입금액의 ( )%

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
2. 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고
3. 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

【자동차를 운전하던 중】
도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태로 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴착기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제2항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승하고 있는 동안
   나. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서
      가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서(부상등급 필수기재)
      나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
         1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)

2) 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)

다. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나.목 2)에 해당하는 경우의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스쿨존 어린이 교통사고 부상치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조 제6항」에 의하여 시장 등이 어린이 보호구역으로 지정한 지역(이하 "스쿨존"이라 합니다) 내에서 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 「자동차손해배상보장법시행령」에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)의 상해등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 상해등급별 보험가입금액을 교통사고 부상치료비로 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	보험가입금액의 ( )%	8급	보험가입금액의 ( )%
2급	보험가입금액의 ( )%	9급	보험가입금액의 ( )%
3급	보험가입금액의 ( )%	10급	보험가입금액의 ( )%
4급	보험가입금액의 ( )%	11급	보험가입금액의 ( )%
5급	보험가입금액의 ( )%	12급	보험가입금액의 ( )%
6급	보험가입금액의 ( )%	13급	보험가입금액의 ( )%
7급	보험가입금액의 ( )%	14급	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 교통사고라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

③ 제1항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 「건설기계관리법 시행령」 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제1항 이외에도 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하던 중 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지

급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

어린이 보행중 교통사고 부상치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(만 12세 이하인 피보험자)가 보험기간 중에 보행자로써 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 「자동차손해배상보장법시행령」에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 부상등급별 금액을 교통사고 부상치료비로 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	보험가입금액의 ( )%	8급	보험가입금액의 ( )%
2급	보험가입금액의 ( )%	9급	보험가입금액의 ( )%
3급	보험가입금액의 ( )%	10급	보험가입금액의 ( )%
4급	보험가입금액의 ( )%	11급	보험가입금액의 ( )%
5급	보험가입금액의 ( )%	12급	보험가입금액의 ( )%
6급	보험가입금액의 ( )%	13급	보험가입금액의 ( )%
7급	보험가입금액의 ( )%	14급	보험가입금액의 ( )%

② 제1항에서 보행자라 함은 도로를 보행하거나 노상 작업중인 자, 노상 유희중인 자, 도로에 서 있거나 누워있는 사람, 장애인용 휠체어를 타고 있거나 밀고 가는 사람, 세발자전거나 모형자동차에 타고 있는 아이 또는 이를 밀고 가는 사람, '이륜차, 원동기장치자전거 및 자전거'를 끌고 가는 사람을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 「건설기계관리법 시행령」 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제1항 이외에도 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하던 중 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해

3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

도로보행중 교통사고 부상치료비(어린이 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 보행자로서 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 「자동차손해배상보장법시행령」에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표42】참조)의 부상등급을 받은 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 부상등급별 금액을 교통사고 부상치료비로 지급하여 드립니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	보험가입금액의 ( )%	8급	보험가입금액의 ( )%
2급	보험가입금액의 ( )%	9급	보험가입금액의 ( )%
3급	보험가입금액의 ( )%	10급	보험가입금액의 ( )%
4급	보험가입금액의 ( )%	11급	보험가입금액의 ( )%
5급	보험가입금액의 ( )%	12급	보험가입금액의 ( )%
6급	보험가입금액의 ( )%	13급	보험가입금액의 ( )%
7급	보험가입금액의 ( )%	14급	보험가입금액의 ( )%

② 제1항에서 보행자라 함은 도로를 보행하거나 노상 작업중인 자, 노상 유희중인 자, 도로에 서 있거나 누워있는 사람, 장애인용 휠체어를 타고 있거나 밀고 가는 사람, 세발자전거나 모형자동차에 타고 있는 아이 또는 이를 밀고 가는 사람, '이륜차, 원동기장치자전거 및 자전거'를 끌고 가는 사람을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 「건설기계관리법 시행령」 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)(이하「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(피보험자의 범위)

제1조(보험금의 지급사유)의 피보험자는 계약시점에서 만 13세 이상의 사람에 한하며, 만12세 이하의 어린이는 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제1항 이외에도 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하던 중 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
2. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해

3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
   가. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
   나. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

② 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
2. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해진단비용Ⅰ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 상해로 인하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )일 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다.)을 받고 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

② 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
2. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해진단비용Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「아래의 사고로 발생한 상해」(이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 상해로 인하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 28일 이상의 최초진단(추가진단은 해당되지 않습니다.)을 받고 7일 이상 계속 입원하여 치료중이거나 치료가 종료된 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

② 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 각 입원일수를 합산합니다. 다만, 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 위 제1항의 경우 동일한 상해로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여도 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
2. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대한민국 국내에서 아래에서 정한 사고로 상해」(이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 지급합니다. 다만 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

② 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 보상합니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는

의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
2. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해통원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 국내에서 「아래에서 정한 사고로 상해」(이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 병원 또는 의원(치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원은 제외합니다)에서 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 통원일당으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

② 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 통원일수 3일을 초과하는 통원 1일당 통원일당을 지급합니다.

② 통원일당은 하나의 상해에 대하여 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다. 동일한 급격, 우연, 외래의 사고로 다수의 신체부위에 상해를 입은 경우에는 하나의 상해로 봅니다.

③ 회사는 사고가 발생한 날로부터 사고일을 포함하여 180일이 경과한 후의 통원에 대하여는 통원일당을 지급하지 않습니다.

④ 회사는 하나의 상해로 같은 날 2회 이상 통원하여 치료받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다.

⑤ 회사는 둘 이상의 상해로 같은 날 2회이상 통원하여 치료 받은 경우에도 1일 통원일당만 지급합니다. 이 경우, 둘 이상의 상해의 원인사고(급격, 우연, 외래사고)가 다른 경우에도 각 상해별의 통산 통원일수에는 각각 통원일로 계산됩니다.

⑥ 회사는 피보험자가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 계속하여 통원 치료를 받은 경우에는 사고일로부터 180일까지 통산 통원일수 30일을 한도로 통원일당을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항
2. 피보험자의 질병

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업 및 직무를 위하여 자전거에 탑승하는 동안 그리고 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 산악자전거(MTB) 활동 또는 이와 비슷한 위험한 활동

2. 자전거에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해입원위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「대한민국 국내에서 아래에서 정한 사고로 상해」(이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 자전거사고 상해입원비용으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌·접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

② 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조에 따라 보험금을 지급합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사의 면허를 가진 자 (이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고벌금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자전거사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 벌금액(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 제1항의 벌금보험금은 1사고당 보험증권에 기재된 금액을 한도로 보상합니다.

③ 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의

2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고
5. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

② 회사는 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고변호사선임비용(약식기소 제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자전거사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 “변호사선임비용”이라 합니다.)를 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 『1사고』 라 함은 하나의 자전거 운전 중 사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상소심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고
5. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

② 회사는 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)

② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)

③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감

증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 처리지원금(동승자포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자전거사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 자전거사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조,「교통사고처리특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

> 〈용어풀이〉
> 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항의 자전거사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항의 자전거라 함은 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 자전거사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.

⑤ 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표10】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 3, 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다..

⑥ 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자전거사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서 중 3, 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑧ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)

3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑨ 제4항에 따라 보험회사가 자전거사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고
5. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

② 회사는 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 형사합의금에 대하여 자전거사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 처리지원금(동승자제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자전거사고로 타인(이하「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 자전거사고처리지원금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조, 「교통사고처리특례법」 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제3조에

서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

〈용어풀이〉
「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항의 자전거사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 지급합니다.
1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항의 자전거라 함은「자전거이용 활성화에 관한 법률」제2조(정의) 제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 자전거사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우.
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우.

⑤ 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은「교통사고처리특례법」제3조 제2항 단서(【별표10】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 3, 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다..

⑥ 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자전거사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단,「교통사고처리특례법」제3조 제2항 단서 중 3, 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑧ 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑨ 제4항에 따라 보험회사가 자전거사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 발생한 사고
5. 피보험자가 자전거를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

② 회사는 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 형사합의금에 대하여 자전거사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

농기계상해 사망 특별약관(지자체 가입용)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 농기계사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 농기계사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하지 않은 때, 운행 중의 농기계(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 농기계의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고
2. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 통행중의 피보험자가 모든 농기계로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제1항의 농기계라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 동력경운기, 농용트랙터, 콤바인, 스피드스프레이어(SS기)
2. 승용이양기, 승용관리기, 베일러(결속기)
3. 광역방제기, 농업용무인헬기
4. 농업용굴삭기, 농용동력운반차, 농용로우더
5. 지자체 소유 농기계 및 기타 회사가 인정하는 농기계와 그 농기계의 부속 작업기

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 농기계를 시험용, 경기용 또는 경기를 위해 연습용으로 사용하던 중 생긴 손해, 다만, 운전면허시험을 위한 운전(조종)시험용으로 사용하던 중 생긴 손해는 보상합니다.
2. 피보험자가 정규 승차용 구조장치가 아닌 장소에 탑승하여 생긴 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

농기계상해 후유장해 특별약관(지자체 가입용)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 농기계사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을

후유장해보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 농기계사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하지 않은 때, 운행 중의 농기계(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 농기계의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고
2. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 통행중의 피보험자가 모든 농기계로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제1항의 농기계라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 동력경운기, 농용트랙터, 콤바인, 스피드스프레이어(SS기)
2. 승용이양기, 승용관리기, 베일러(결속기)
3. 광역방제기, 농업용무인헬기
4. 농업용굴삭기, 농용동력운반차, 농용로우더
5. 지자체 소유 농기계 및 기타 회사가 인정하는 농기계와 그 농기계의 부속 작업기

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 농기계를 시험용, 경기용 또는 경기를 위해 연습용으로 사용하던 중 생긴 손해, 다만, 운전면허시험을 위한 운전(조종)시험용으로 사용하던 중 생긴 손해는 보상합니다.
2. 피보험자가 정규 승차용 구조장치가 아닌 장소에 탑승하여 생긴 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

농기계상해 사망 특별약관(농가인구 가입용)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 농업을 주종으로 하는 피보험자가 보험기간 중 농기계사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 농기계사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하지 않은 때, 운행 중의 농기계(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 농기계의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고
2. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 통행중의 피보험자가 모든 농기계로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제1항의 농기계라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 동력경운기, 농용트랙터, 콤바인, 스피드스프레이어(SS기)
2. 승용이양기, 승용관리기, 베일러(결속기)
3. 광역방제기, 농업용무인헬기
4. 농업용굴삭기, 농용동력운반차, 농용로우더
5. 지자체 소유 농기계 및 기타 회사가 인정하는 농기계와 그 농기계의 부속 작업기

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 농기계를 시험용, 경기용 또는 경기를 위해 연습용으로 사용하던 중 생긴 손해, 다만, 운전면허시험을 위한 운전(조종)시험용으로 사용하던 중 생긴 손해는 보상합니다.
2. 피보험자가 정규 승차용 구조장치가 아닌 장소에 탑승하여 생긴 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

농기계상해 후유장해 특별약관(농가인구 가입용)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 농업을 주종으로 하는 피보험자가 보험기간 중 농기계사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 농기계사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하지 않은 때, 운행 중의 농기계(적재물을 포함합니다)와의 충돌, 접촉 또는 이들 농기계의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고
2. 피보험자가 운행 중의 농기계에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 통행중의 피보험자가 모든 농기계로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제1항의 농기계라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 동력경운기, 농용트랙터, 콤바인, 스피드스프레이어(SS기)
2. 승용이양기, 승용관리기, 베일러(결속기)
3. 광역방제기, 농업용무인헬기
4. 농업용굴삭기, 농용동력운반차, 농용로우더
5. 지자체 소유 농기계 및 기타 회사가 인정하는 농기계와 그 농기계의 부속 작업기

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 농기계를 시험용, 경기용 또는 경기를 위해 연습용으로 사용하던중 생긴 손해, 다만, 운전면허시험을 위한 운전(조종)시험용으로 사용하던중 생긴 손해는 보상합니다.
2. 피보험자가 정규 승차용 구조장치가 아닌 장소에 탑승하여 생긴 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이륜차등유상운송중 교통상해사망후유장해 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

1. 유상운송 : 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등을 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(Application, 어플리케이션)를 통해 배달업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.
2. 유상운송 수단 : 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기장치자전거 포함)를 의미합니다.
3. 이륜자동차 : 「자동차관리법」 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 「자동차관리법」 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 「자동차관리법 시행규칙」 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.
4. PM : 전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체 중량이 30kg 미만이며, 최고 시속 25km/h 미만이거나 25km/h 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.
   가. 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 1의2 에서 정한 전기자전거), 어린이용 장난감, 전동 휠체어 등
5. 자전거 : 「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의)에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.

6. 원동기장치 자전거 : 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 교통상해의 직접결과로써 사망한 경우 : 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 교통상해로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 "이륜차등"이라 함은 이륜자동차, PM, 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

③ 제1항에서 "교통상해"라 함은 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 운행중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>
교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 배달을 목적으로 하지 않는 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이륜차등유상운송중 교통상해골절(치아파절제외)진단비 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

1. 유상운송 : 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등을 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(Application, 어플리케이션)를 통해 배달업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.
2. 유상운송 수단 : 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기장치자전거 포함)를 의미합니다.
3. 이륜자동차 :「자동차관리법」 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중「자동차관리법」 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및「자동차관리법 시행규칙」 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.
4. PM : 전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체 중량이 30kg 미만이며, 최고 시속 25km/h 미만이거나 25km/h 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.
   가. 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 1의2 에서 정한 전기자전거), 어린이용 장난감, 전동 휠체어 등
5. 자전거 :「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의)에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.
6. 원동기장치 자전거 :「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 교통상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표18】 참조)에 정한 골절로 진단확정된 경우 1사고당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 이륜차등유상운송중 교통상해골절(치아파절제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 “이륜차등”이라 함은 이륜자동차, PM, 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.
③ 제1항에서 “교통상해”라 함은 아래와 같습니다.
   1. 피보험자가 운행중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
   2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>
교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 제1항의 이륜차등유상운송중 교통상해골절(치아파절제외)진단비는 동일한 사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
   2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
   3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
   5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
② 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수

단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 배달을 목적으로 하지 않는 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이륜차등유상운송중 교통상해골절수술비 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

1. 유상운송 : 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등을 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(Application, 어플리케이션)를 통해 배달업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.
2. 유상운송 수단 : 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기장치자전거 포함)를 의미합니다.
3. 이륜자동차 : 「자동차관리법」 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 「자동차관리법」 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 「자동차관리법 시행규칙」 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.
4. PM : 전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체 중량이 30kg 미만이며, 최고 시속 25km/h 미만이거나 25km/h 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.
   가. 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 1의2 에서 정한 전기자전거), 어린이용 장난감, 전동 휠체어 등
5. 자전거 : 「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의)에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.
6. 원동기장치 자전거 : 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 교통상해의 직접결과로써 골절분류표(【별표12】 참조)에 정한 골절로 진단확정 되고, 치료를 직접적인 목적으로 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 수술을 받은 때에는 수술1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 이륜차등유상운송중 교통상해골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “이륜차등”이라 함은 이륜자동차, PM, 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

③ 제1항에서 “교통상해”라 함은 아래와 같습니다.
   1. 피보험자가 운행중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
   2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>
교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 제1항의 이륜차등유상운송중 교통상해골절수술비는 동일한 사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 이륜차등유상운송중 교통상해골절수술비만 지급합니다.
⑤ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 배달을 목적으로 하지 않는 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 회사는 아래 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 보험기간 중에 위 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 골절을 입고 그 골절로 인한 상처부위를 사고전의 상태로 회복시키기 위한 수술일 경우에는 보험금을 지급합니다.)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이륜차등유상운송중 교통상해수술비 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.
1. 유상운송 : 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등을 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(Application, 어플리케이션)를 통해 배달업무를 배정을 받은

시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.

2. 유상운송 수단 : 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기장치자전거 포함)를 의미합니다.
3. 이륜자동차 : 「자동차관리법」 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 「자동차관리법」 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 「자동차관리법 시행규칙」 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.
4. PM : 전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체 중량이 30kg 미만이며, 최고 시속 25km/h 미만이거나 25km/h 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.
   가. 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 1의2 에서 정한 전기자전거), 어린이용 장난감, 전동 휠체어 등
5. 자전거 : 「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의)에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.
6. 원동기장치 자전거 : 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 교통상해의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표(【별표9】 참조)에서 정하는 수술을 받았을 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 이륜차등유상운송중 교통상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “이륜차등”이라 함은 이륜자동차, PM, 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

③ 제1항에서 “교통상해”라 함은 아래와 같습니다.
   1. 피보험자가 운행중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
   2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>
교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 제1항의 이륜차등유상운송중 교통상해수술비는 동일한 사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 이륜차등유상운송중 교통상해수술비만 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
   2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
   3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
   5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
   2. 배달을 목적으로 하지 않는 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

3. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

③ 회사는 아래 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 보험기간 중에 위 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 골절을 입고 그 골절로 인한 상처부위를 사고전의 상태로 회복시키기 위한 수술일 경우에는 보험금을 지급합니다.)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함합니다.

<신의료기술평가위원회>
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) Block(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- IPL: 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치 및 시술(신경치료 발수 등의 처치 포함)

- 치조골 이식술을 동반하지 않는 임플란트 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이륜차등유상운송중 교통상해입원일당 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

1. 유상운송 : 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등을 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(Application, 어플리케이션)를 통해 배달업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.
2. 유상운송 수단 : 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기장치자전거 포함)를 의미합니다.
3. 이륜자동차 : 「자동차관리법」 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 「자동차관리법」 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 「자동차관리법 시행규칙」 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.
4. PM : 전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체 중량이 30kg 미만이며, 최고 시속 25km/h 미만이거나 25km/h 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.
   가. 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 1의2 에서 정한 전기자전거), 어린이용 장난감, 전동 휠체어 등
5. 자전거 : 「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의)에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.
6. 원동기장치 자전거 : 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 교통상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 ( )일이상 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 이륜차등유상운송중 교통상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “이륜차등”이라 함은 이륜자동차, PM, 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

③ 제1항에서 “교통상해”라 함은 아래와 같습니다.
   1. 피보험자가 운행중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
   2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>
교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 이륜차등유상운송중 교통상해입원일당 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.
③ 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 이륜차등유상운송중 교통상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 제1항을 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 배달을 목적으로 하지 않는 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이륜차등유상운송중 교통사고부상치료비 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

1. 유상운송 : 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등을 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(Application, 어플리케이션)를 통해 배달업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.
2. 유상운송 수단 : 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기장치자전거 포함)를 의미합니다.
3. 이륜자동차 : 「자동차관리법」 제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 「자동차관리법」 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 「자동차관리법 시행규칙」 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.
4. PM : 전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체 중량이 30kg 미만이며, 최

고 시속 25km/h 미만이거나 25km/h 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.

가. 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 1의2 에서 정한 전기자전거), 어린이용 장난감, 전동 휠체어 등

5. 자전거 : 「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의)에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.
6. 원동기장치 자전거 : 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 교통상해의 직접결과로써 「자동차손해배상보장법 시행령」에서 정한 자동차사고 부상등급표(【별표42】 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 부상등급별 보험가입금액을 이륜차등유상운송중 교통사고부상치료비으로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	지급금액	부상등급	지급금액
1급	보험가입금액의 ( )%	8급	보험가입금액의 ( )%
2급	보험가입금액의 ( )%	9급	보험가입금액의 ( )%
3급	보험가입금액의 ( )%	10급	보험가입금액의 ( )%
4급	보험가입금액의 ( )%	11급	보험가입금액의 ( )%
5급	보험가입금액의 ( )%	12급	보험가입금액의 ( )%
6급	보험가입금액의 ( )%	13급	보험가입금액의 ( )%
7급	보험가입금액의 ( )%	14급	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 “이륜차등”이라 함은 이륜자동차, PM, 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

③ 제1항에서 “교통상해”라 함은 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 운행중인 유상운송 수단에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 유상운송 수단에 탑승하지 않은 때 운행 중의 교통수단과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>
교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차,승합자동차,화물자동차,특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로서만 사용되는 경우는 교통수단으로 보지 않습니다)

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 배달을 목적으로 하지 않는 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때

4. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

이륜차등유상운송중 뺑소니·무보험차상해사망후유장해 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

1. 유상운송 : 피보험자가 수당, 요금 등 대가의 보상을 직접적인 목적으로 유상운송수단 또는 도보로 물건 등을 배달을 하는 경우로 피보험자가 응용 소프트웨어(Application, 어플리케이션)를 통해 배달업무를 배정을 받은 시점부터 배달을 완료하여 해당 배달 업무 종료를 알린 시점까지를 말하며, 이 외의 기간은 포함하지 않습니다.
2. 유상운송 수단 : 피보험자의 유상운송을 위해 사용되는 이륜자동차, PM 또는 자전거(원동기장치자전거 포함)를 의미합니다.
3. 이륜자동차 : 「자동차관리법」제3조(자동차의 종류)에서 정한 이륜자동차 중 「자동차관리법」 제48조(이륜자동차의 사용 신고 등) 및 「자동차관리법 시행규칙」 제98조의7(사용신고대상 이륜자동차)에서 정한 신고대상 이륜자동차를 말합니다.
4. PM : 전기를 동력으로 움직이는 1인이 이용하기 위한 교통수단을 의미하되, 자체 중량이 30kg 미만이며, 최고 시속 25km/h 미만이거나 25km/h 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 않는 개인형 이동수단을 말합니다.
   가. 전기자동차, 전기자전거(「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조 1의2 에서 정한 전기자전거), 어린이용 장난감, 전동 휠체어 등
5. 자전거 : 「자전거이용활성화에 관한 법률」 제2조(정의)에서 정한 자전거 및 전기자전거를 말합니다.
6. 원동기장치 자전거 : 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
   1. 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
   2. 보험기간 중에 발생한 이륜차등 유상운송중 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 “이륜차등”이라 함은 이륜자동차, PM, 자전거(원동기자전거 포함)를 의미합니다.

③ 제1항의 뺑소니사고라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 「자동차손해배상보장법」상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

④ 제1항의 무보험자동차에 의한 사고라 함은 피보험자가 「자동차손해배상보장법」상의 대인 배상 I (책임보험)을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상 II (책임보험 초과손해)에 가입되지 않은 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해자동차가 2대이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
   2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 유상운송수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
2. 배달을 목적으로 하지 않는 하역작업을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
3. 유상운송수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때
4. 유상운송을 위해 출근 또는 퇴근 중에 보험금 지급사유가 발생한 때
5. 그 밖에 배달을 목적으로 하지 않은 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금 지급
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 스포츠상해라 함은 보험기간 중 다음 각 호의 스포츠 중에서 보험증권에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말함. 다만, 주택은 제외함)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 발생한 상해를 말합니다.
1. 위험이 큰 운동경기종목: 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 유사한 운동경기
2. 위험이 다소 많은 운동경기종목: 등산, 스키, 하키, 마술, 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조, 및 이와 유사한 운동경기
3. 위험이 작은 운동경기종목: 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

③ 제2항에도 불구하고, 보험증권에 기재된 운동경기종목보다 위험도가 낮은 운동경기종목에 의한 상해는 보장합니다.

【보장범위 예시】
보험증권상 기재된 운동종목: “2. 위험이 다소 많은 운동경기종목”
① 보장범위: “2. 위험이 다소 많은 운동경기종목”, “3. 위험이 작은 운동경기종목”
② 보장제외: “1. 위험이 큰 운동경기종목”

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠활동중 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 보험증권에 기재된 단체의 관리하에 행하는 운동경기중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「사고」라 합니다.)로 타인의 신체에 장해를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 위 제1항의「운동경기」란 단체의 관리하에 참여하거나 진행하는 정규경기 또는 연습경기(훈련활동을 포함합니다.)를 말합니다.
③ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 피보험자가 지출한 아래의 비용
가. 피보험자가 제6조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출할 필요 또는 유익하였던 비용
나. 피보험자가 제6조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

【설명】
제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

〈용어풀이〉
⦿ 공탁보증보험료
가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제7조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사에 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제2조(피보험자의 범위)
① 피보험자는 이 보험증권에 기재된 단체 및 단체의 소속원으로 등록된 자를 말합니다. 단, 각종 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 소속된 선수는 제외합니다.
② 이 계약이 성립된 후에 단체에 등록된 자는 그 등록시점부터 피보험자가 되며 소속을 이탈하는 경우 그 이탈시점부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)
회사는 아래의 사유로 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 피보험자의 직무수행을 직접원인으로 하는 배상책임
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 피보험자의 고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
6. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
7. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
8. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
9. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
10. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
11. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
12. 체육관, 운동장등 경기시설 구조상의 결함이나 관리의 불비(不備)로 인한 배상책임

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제1호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1조(보상하는 손해) 제3항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호 및 제2호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 위 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제7조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급 책임을 지는 금액한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로서 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사가 위 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 위 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제8조(보험금의 지급)

① 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서

2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급합니다.

③ 회사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표] '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다. 다만, 회사는 피보험자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제9조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 의무보험이 아닌 보험계약에 대하여는 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 자원봉사 활동을 하는 동안 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 자원봉사 활동을 하는 동안 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급

② 제1항에서 "자원봉사 활동을 하는 동안"이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

③ 제1항 및 제2항의 자원봉사활동이라 함은 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 사회복지분야에 관한 봉사활동
2. 환경보호분야에 관한 봉사활동
3. 교육분야에 관한 봉사활동
4. 소비자 보호에 관한 봉사활동
5. 청소년 선도에 관한 봉사활동
6. 범죄 예방에 관한 봉사활동
7. 기초질서 계도에 관한 봉사활동
8. 재해 구조에 관한 봉사활동
9. 「공직선거 및 선거부정방지법」이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
10. 「공직선거 및 선거부정방지법」이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
11. 제1호 내지 제3호와 관련한 해외 봉사활동
12. 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동 단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 상해입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사 활동을 하는 동안 발생한 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "자원봉사 활동을 하는 동안"이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중

③ 제1항 및 제2항의 자원봉사활동이라 함은 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 사회복지분야에 관한 봉사활동
2. 환경보호분야에 관한 봉사활동
3. 교육분야에 관한 봉사활동
4. 소비자 보호에 관한 봉사활동
5. 청소년 선도에 관한 봉사활동
6. 범죄 예방에 관한 봉사활동
7. 기초질서 계도에 관한 봉사활동
8. 재해 구조에 관한 봉사활동
9. 「공직선거 및 선거부정방지법」이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동

10.「공직선거 및 선거부정방지법」이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
11. 제1호 내지 제3호와 관련한 해외 봉사활동
12. 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동 단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사활동중 질병입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자원봉사 활동을 하는 동안에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 “자원봉사 활동을 하는 동안”이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
2. 자원봉사활동 시작 전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행 중
③ 제1항 및 제2항의 자원봉사활동이라 함은 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 사회복지분야에 관한 봉사활동
2. 환경보호분야에 관한 봉사활동
3. 교육분야에 관한 봉사활동
4. 소비자 보호에 관한 봉사활동
5. 청소년 선도에 관한 봉사활동
6. 범죄 예방에 관한 봉사활동
7. 기초질서 계도에 관한 봉사활동
8. 재해 구조에 관한 봉사활동
9. 「공직선거 및 선거부정방지법」이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
10. 「공직선거 및 선거부정방지법」이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동
11. 제1호 내지 제3호와 관련한 해외 봉사활동
12. 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동 단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 하나의 질병에 대해, 입원한 후 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 보험증권에 기재된 일당액을 지급합니다.

② 피보험자가 동일한 원인 또는 관련된 원인에 의하여 여러 차례 입원한 경우에는 그 질병의 결과로 입원하고 있지 않은 기간이 1년을 경과하지 않는 한 이를 하나의 질병에 의한 입원으로 봅니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에도 불구하고 피보험자가 입원기간 동안에 다수의 질병을 동시에 치료하는 경우에도 입원 1일당 회사의 보상액은 보험증권에 기재된 일당액을 한도로 합니다.
④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 제1항의 입원일당을 계속 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제4호 및 제5호 이외의 사유 및 아래에서 정한 사유로 생긴 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 선천성 뇌질환, 심신상실 및 정신적 기능장해
2. 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자원봉사자 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간중에 피보험자가 자원봉사활동을 하는 동안 생긴 우연한 사고로 인하여 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 따른 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
② 제1항의 “자원봉사 활동을 하는 동안”이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
   1. 자원봉사활동(정규활동, 특별활동을 포함하며 이하 같습니다)에 직접 참여중인 때
   2. 자원봉사활동 시작전 또는 종료 후에 활동 장소에 있는 동안
   3. 자원봉사활동을 위한 활동장소와 피보험자의 주소지와의 통상적인 경로 통행중
③ 제1항 및 제2항의 자원봉사활동이라 함은 공익·복지사업을 반대급부 없이 계획적·지속적으로 수행하는 봉사활동으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
   1. 사회복지분야에 관한 봉사활동
   2. 환경보호분야에 관한 봉사활동
   3. 교육분야에 관한 봉사활동
   4. 소비자 보호에 관한 봉사활동
   5. 청소년 선도에 관한 봉사활동
   6. 범죄 예방에 관한 봉사활동
   7. 기초질서 계도에 관한 봉사활동
   8. 재해 구조에 관한 봉사활동
   9. 「공직선거 및 선거부정방지법」이 규정하는 공명선거추진에 관한 봉사활동
   10. 「공직선거 및 선거부정방지법」이 적용되는 각종 선거의 후보자와 정당의 선거운동에 관한 봉사활동

11. 제1호 내지 제3호와 관련한 해외 봉사활동
12. 기타 위 사항에 준하는 자원봉사활동 단, 주거지에서 또는 일상생활중의 비계획적이고, 일회성의 단순봉사활동은 이 특별약관에서의 자원봉사활동으로 보지 않습니다.

④ 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금
2. 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자가 그 방법을 조사하여 구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 동의를 받은 비용만 보상합니다.

나. 피보험자가 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 절차를 취하는 데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

【설명】
제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

다. 피보험자가 미리 회사의 동의를 받아 지급한 소송비용, 변호사 비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

〈용어풀이〉
⦿ 공탁보증보험료
가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사에 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 보험수익자(보험금을 받는 자, 이하 “수익자”라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
5. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
7. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 따라 가중된 배상책임
8. 피보험자와 세대를 같이하는 친족(「민법」 제777조 규정의 범위와 같습니다)에 대한 배상책임
9. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
10. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
11. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
12. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

제3조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)은 보험증권에 기재된 금액을 말하며, 자기부담금은 2만원으로 합니다.

1. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담

금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1조(보상하는 손해) 제4항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제4조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제5조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 , 제3항의 요구에 협조하지 않을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제7조(보험금의 지급)

① 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표]'보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다. 다만, 회사는 피보험자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상하는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 상해사망 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 산업재해 상해사망보험금으로 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다. 단, 근로복지공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해 상해사망보험금을 지급합니다.

② 제1항의 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

〈용어풀이〉
⦿「업무상의 재해」라 함은 「산업재해보상보험법」상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제1호 내지 제3호, 제5호 및 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 임신, 출산(제왕절개포함).

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 질병사망 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무원 재해보상법」 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」으로 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 산업재해질병사망보험금으로 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해질병사망보험금을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제1항의 「공무원 재해보상법」 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

〈용어풀이〉
⦿「업무상의 재해」라 함은 「산업재해보상보험법」상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제1호 내지 제3호, 제5호 및 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해로 인한 질병
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 상해장해 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」중 상해로 「산업재해보상보험법 시행령」 별표6 장해등급의 기준」에서 정한 제1급~제14급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어 「산업재해보상보험법」에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

장해등급	지급액
1급~2급	보험가입금액의 100%
3급~5급	보험가입금액의 70%
6급~8급	보험가입금액의 50%
9급~11급	보험가입금액의 30%
12급~14급	보험가입금액의 10%

② 제1항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

③ 제1항에 규정한 산업재해장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 상해를 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 산업재해장해보험금에서 이미 지급한 산업재해장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.

④ 산업재해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 제1항의 상해로 인해 장해급여가 지급되지 않은 경우에는, 근로복지공단의 장해급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해장해보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

〈용어풀이〉
⦿「업무상의 재해」라 함은 「산업재해보상보험법」상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제1호 내지 제3호, 제5호 및 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 임신, 출산(제왕절개포함)

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 질병장해 특별약관

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」중 질병으로 진단확정받고「산업재해보상보험법」 시행 별표6 장해등급의 기준」에서 정한 제1급~제14급 장해(이하「장해」라 합니다)상태가 되어, 보험기간중 「산업재해보상보험법」에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해질병장해급여금을 보험수익자에게 지급합니다.

장해등급	지급액
1급~2급	보험가입금액의 100%
3급~5급	보험가입금액의 70%
6급~8급	보험가입금액의 50%
9급~11급	보험가입금액의 30%
12급~14급	보험가입금액의 10%

② 피보험자가 보험기간중에 「공무원 재해보상법」제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」으로 진단확정받고「공무원 재해보상법 시행령」 별표3 장해등급」에서 정한 제1급~제14급 장해상태가 되어, 보험기간중에 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 제1항과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
④ 제1항 및 제2항에 규정한 산업재해질병장해보험금의 지급사유가 다른「업무상의 재해」 중 질병을 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해질병장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해질병장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 이미 지급한 산업재해질병장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.
⑤ 제1항 및 제2항에서 정한 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무상 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장해등급 판정을 받아 장해급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제1항 및 제2항에서 정한 보험기간 중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정된 경우, 보험기간 중에 판정된 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.
⑥ 산업재해질병장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.
⑦ 제1항의 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며. 제2항의 「공무원 재해보상법」 제4조(공무상 재해의 인정기준)에서 정한 「공무상 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

〈용어풀이〉
⦿「업무상의 재해」라 함은 「산업재해보상보험법」상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제1호 내지 제3호, 제5호 및 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해로 인한 질병
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 요양진단비 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」중 상해 또는 질병(이하 "산업재해"라 합니다)의 직접결과로써 「산업재해보상보험법」 제43조(산재보험 의료기관의 지정 및 지정취소 등)에 정한 요양기관에서 요양을 받은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 산업재해는 「산업재해보상보험법」 제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 최초로 판정한 경우를 말합니다.

③ 제2항의 요양급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

〈용어풀이〉
⦿「업무상의 재해」라 함은 「산업재해보상보험법」상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 「업무상의 재해」중 상해 또는 질병(이하 "산업재해"라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 산업재해에 대해 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

〈용어풀이〉
⦿「업무상의 재해」라 함은 「산업재해보상보험법」상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 산업재해는 「산업재해보상보험법」 제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 판정한 경우를 말합니다.

② 제1항의 요양급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 산업재해(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 최종 퇴원일로부터 180일이 지나서 다시 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 공상의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 입원보험금을 지급하며 입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

〈용어풀이〉
⦿ 입원
이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
⦿ 의사
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
⦿ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 「국민건강보험법」 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

사이버금융범죄 담보 특별약관

제1조(“사이버금융범죄”의 정의)

① 이 특별약관에서 “사이버금융범죄”라 함은 정보통신망을 이용한 다음 각 호의 범죄행위로 인하여 피보험자 명의의 계좌에서 예금이 부당인출(사기에 의한 부당 송금 및 이체 포함)되거나 신용카드(직불카드, 현금카드 등 포함) 또는 핸드폰 소액결제가 부당하게 사용되어 피보험자에게 금전적 손해가 발생하는 것을 말합니다. 단, 재화의 공급 또는 용역의 제공 등을 가장한 행위는 제외합니다.
1. 피싱(Phising) : 개인정보(Private Data)와 낚시(Fishing)의 합성어로, 사기의 의도를 가진 자가 전화, 인터넷 전자우편 또는 메신저(모바일메신저 포함) 및 모바일 메시지 등을 사용하여 공공기관, 금융기관, 수사기관, 피보험자의 지인 등 신뢰할 수 있는 사람 또는 기업이 보낸 것처럼 타인을 기망 또는 공갈함으로써 비밀번호, 카드정보와 같이 기밀을 요하는 개인정보 및 금융정보를 부당하게 얻어 재산상에 이익을 취하거나 제3자에게 재산상의 이익을 취하게 하는 행위
2. 파밍(Pharming) : 악성코드에 감염된 사용자의 PC나 스마트폰을 조작하여 정상적인 홈페이지 또는 앱에 접속하여도 피싱(가짜) 사이트 또는 앱으로 유도하여 금융정보를 탈취하는 행위
3. 스미싱(Smishing) : 문자메세지(SMS)와 피싱(Phishing)의 합성어로, 모바일 문자메세지(SMS) 등의 인터넷 주소(URL) 클릭 시 악성코드가 설치되어 소액결제 피해 또는 개인·금융정보를 탈취하는 행위
4. 메모리해킹 : 피해자 PC 메모리에 상주한 악성코드로 인하여 정상 금융사이트에서 입력한 보안카드번호, 계좌번호 등 금융정보를 빼내거나 조작하는 방법으로 피해자의 돈을 부당하게 탈취하는 행위

② 제1항에서 “개인정보”라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해 정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함)를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 대한민국 내에서 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 “사이버금융범죄”로 인하여 피보험자가 입은 실제 금전적 손해에서 보험증권에 기재된 보상비율(%)을 곱한 금액을 보험가입금액 한도로 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 경우에 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」에 따라 전기통신금융사기피해 구제를 신청하여야 합니다.

② 제1항의 “실제 금전적 손해”라 함은 법원의 판결, 경찰조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 피보험자의 금전손실액에서 「전기통신금융사기 피해방지 및 피해금환급에 관한 특별법」에 따라 지급되는 피해환급금을 공제한 금액을 말합니다.

③ 제1항의 “사이버금융범죄” 사고의 직접적인 피해의 입증은 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련자료에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실 행위

2. 제2조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 금전적 손해
3. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 테러
5. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
6. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
7. 피보험자가 개인정보가 저장된 정보통신설비나 컴퓨터를 분실하여 발생한 손해
8. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공동단체의 공권력 행사
9. 대한민국 이외의 지역에서 피보험자에게 발생한 사고 및 손해
10. 사고와 관련하여 피보험자가 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」에 따라 지급받은 해당금액
11. 사고와 관련하여, 피보험자가 금융기관 또는 제3자로부터 보상, 환급 또는 배상을 받은 경우, 그 해당 금액
12. 카드의 분실, 도난, 위변조 등 사고 발생 시 해당 금융기관 등에서 보상되는 손해
13. 가해자와 협상하여 지불한 피보험자의 금전손해
14. 개인용 컴퓨터(PC)나 노트북 이외의 메인프레임(Main-Frame), 서버(Server) 등의 컴퓨터에서 발생한 해킹으로 인해 발생한 금전손해 및 법인계좌에서 발생한 금전손해
15. 가상화폐, 암호화폐 등 실물이 없이 네트워크로 연결된 공간에서 전자적 형태로 사용되는 디지털 화폐에 발생한 손해
16. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
17. 마약, 밀수품, 모조품 등 적법하지 않은 물품이나 용역의 거래 등으로 발생한 손해

② 회사는 아래의 대금편취사기로 인한 손해는 보상하지 않습니다.
1. 게임 캐릭터 및 아이템, 게임머니 등 인터넷 게임과 관련하여 발생한 대금 편취사기
2. 동식물의 분양과 관련하여 발생한 대금편취사기
3. 스포츠 도박사이트 등 인터넷 도박사이트에서 발생한 대금편취사기
4. 인터넷 음란 성인 사이트에서 발생한 대금편취사기

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 사건사고사실확인원(경찰서 신고일자, 죄명 및 가해자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류 등)
4. 지급정지요청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령 별지 제2호)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령 별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 '피해환급금 결정 통지서' 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일
2. 피보험자는 피해 사실을 인지했을 때 즉시 계좌 지급 정지를 요청하는 일
3. 지급 정지 되어 계좌에 피해금이 남아있는 경우, 송금 또는 지급정지 금융회사에 피해구제신청서를 제출하는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(보험금의 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 피해환급금을 받지 않아 증가된 손해

제6조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제7조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자에게 지급한 보험금의 한도 내에서 가해자에 대한 피보험자의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

인터넷직거래사기(기소처분) 담보 특별약관

제1조("인터넷 직거래사기"의 정의)

① 이 특별약관에서 "인터넷 직거래사기"라 함은 정보통신망을 통하여 물품 거래 등에 관한 허위의 의사표시를 온라인 직거래 사이트에 게시하여 발생한 대금 편취 사기를 말합니다. 단, 정보통신망을 이용한 기망행위가 있더라도 피해자와 가해자가 직접 대면하여 거래한 경우는 제외합니다.

② 제1항에서 "정보통신망"이라 함은 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조(정의) 제1항 제1호를 따르며, 그 내용은 아래와 같습니다.

【정보통신망】
「전기통신사업법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전기통신설비를 이용하거나 전기통신설비와 컴퓨터 및 컴퓨터의 이용기술을 활용하여 정보를 수집·가공·저장·검색·송신 또는 수신하는 정보통신체계를 말합니다.

③ 제1항에서 "물품 거래 등"이라 함은 거래대상이 적법한 것이고, 금전적으로 산정 가능하며, 확정하거나 또는 확정될 수 있는 한 품목의 제한을 두지 않습니다. 단, 게임 캐릭터 및 아이템 등 인터넷 게임과 관련하여 발생한 대금 편취 사기는 제외됩니다.

④ 제1항에서 "온라인 직거래 사이트"라 함은 중간 판매 또는 중개 업체를 통하지 않고, 각 개인(판매 또는 중개를 업으로 하는 자는 제외합니다)이 인터넷을 통해 직접 거래하는 사이트를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 "인터넷 직거래사기"로 금전상의 피해를 입어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등을 접수하고 검사가 가해자에 대해 공소제기(약식기소를 포함합니다. 이하 같습니다)한 경우, 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액(피해환급액은 제외합니다)의 70%를 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상합니다.

【인터넷 직거래사기 사례】
1. 판매자가 돈을 받고 물품을 보내지 않은 경우
   피해자는 중고거래 사이트를 통해 마음에 드는 카메라를 발견하고 판매자에 연락을 취해 판매자의 통장으로 선입금하였으나 물건을 받지 못하고 연락이 두절됨
2. 판매자가 다른 물품을 보낸 경우

피해자는 중고거래 사이트의 판매자로부터 받은 택배 송장 번호를 확인한 후 입금했으나 실제로 택배로 받은 물품은 주문한 것과는 전혀 다른 쓸모없는 물품임

3. 물품을 보냈는데 구매자로부터 돈을 못 받은 경우
   피해자인 판매자가 올린 중고거래 사이트 판매 게시글에 구매의사를 밝힌 자에게 해당 물품을 택배로 보냈으나 끝내 구매자로부터 돈을 입금받지 못함

【약식기소】
검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "실제 금전손실액"이라 함은 피보험자가 직접 송금한 금전손실액 원금(거래하기로 약정한 물품가격)으로서 법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 경우를 말합니다. 단, 개인정보 또는 금융정보 유출로 인한 2차적인 손해는 보상하지 않습니다.

【개인정보】
생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 해당 정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 해당 개인을 식별할 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의나 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실 행위
2. 피보험자가 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
5. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사

② 회사는 다음에 해당하는 비용 또는 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 제2조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
2. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
3. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
4. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
5. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제4조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서 등(죄명 및 가해자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향

을 미치지 않습니다.

제6조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자에게 지급한 보험금의 한도 내에서 가해자에 대한 피보험자의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사이버명예훼손 담보 특별약관

제1조("사이버명예훼손"의 정의)

① 이 특별약관에서 "사이버명예훼손"이라 함은 가해자가 피해자를 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실, 허위의 사실 또는 거짓을 드러내어 피해자의 명예를 훼손하는 다음의 행위를 의미합니다.

1. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조(벌칙) 제1항
2. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조(벌칙) 제2항

【「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조(벌칙)】

① 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 거짓의 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에서 "정보통신망"이라 함은 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조(정의) 제1항 제1호를 따르며, 그 내용은 아래와 같습니다.

【정보통신망】

「전기통신사업법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전기통신설비를 이용하거나 전기통신설비와 컴퓨터 및 컴퓨터의 이용기술을 활용하여 정보를 수집·가공·저장·검색·송신 또는 수신하는 정보통신체계를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 "사이버명예훼손" 사건의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등을 접수하고 검사가 가해자에 대해 공소제기(약식기소를 포함합니다. 이하 같습니다)한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 단, 사이버명예훼손의 피해자가 생존하는 피보험자 개인으로 특정된 경우에 한하며, 동일 피해자에 대한 아래의 "관련사건"은 하나의 사건으로 봅니다.

1. 가해자 1인이 범한 수개의 사이버명예훼손
2. 2인 이상의 가해자가 공동으로 범한 사이버명예훼손
3. 2인 이상의 가해자가 동일 사이버공간에서 범한 사이버명예훼손

【약식기소】

검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 공소 제기하는 것을 말합니다.

② 제1항 제3호의 "동일 사이버공간"이라 함은 동일한 URL(Uniform Resource Locator)주소 또는 동일한 모바일 메신저 채팅방 등을 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다른 형사사건의 수사 또는 재판 과정에서 피보험자에 대한 가해자의 사이버명예훼손 혐의를

수사기관이 인지하여 수사기관에 신고, 고소, 고발 등의 접수 없이 검사가 공소 제기한 경우에도 보험수익자에게 제1항의 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금은 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자·보험수익자·계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
5. 피해자가 특정한 개인이 아닌 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)인 사건에서 피보험자가 해당 단체의 소속원 또는 구성원인 경우
6. 가해자가 피해자를 집합적 명사로 표현하여 그 범위에 속하는 피보험자의 명예가 훼손된 경우. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 "관련사건"에서 집합적 명사와 구별하여 피보험자 개인을 특정하여 피보험자 개인을 상대로 한 "사이버명예훼손"에 대하여는 보험금을 지급합니다.

【집합적 명사】
하나하나의 사람이 모여서 하나의 단위인 가족, 위원회, 청중 등과 같이 하나의 집합체를 하나로 보는 명사를 말합니다.

7. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 사이버명예훼손 피해
8. 피보험자가 사망한 상태에서 사이버명예훼손의 피해자가 된 경우

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장(죄명 및 가해자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

일상생활 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간중에 보험증권 에 기재된 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 그와 동거하는 배우자가 국내외에서 아래에 열거한 사고(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 한하여 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 따른 우연한 사고

② 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금
2. 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용.

나. 피보험자가 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 절차를 취하는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

【설명】

제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

〈용어풀이〉

⦿ 공탁보증보험료

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 제2항 제2호에도 불구하고, 제3항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

② 회사는 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임

제3조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)은 보험증권에 기재된 금액을 말하며, 자기부담금은 2만원으로 합니다.
1. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제4조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제5조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난

손해는 보상하지 않습합니다.

제7조(보험금의 지급)

① 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표]'보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다. 다만, 회사는 피보험자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상하는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24시간상해 소득보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 되었을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금 이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.

③ 50%이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중상해 소득보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 업무중 상해(출·퇴근은 업무중으로 봅니다)로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 되었을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.

③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 소득보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 되었을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원 공시하는 월평균 정기예금이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.
③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.
④ 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

⑤ 제4항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴일교통상해 소득보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사고발생지의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 되었을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원 공시하는 월평균 정기예금이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.
③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.
④ 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

⑤ 제4항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다.)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안

제3조(보장의 시기와 종기)

회사의 보장은 사고발생지의 표준시를 기준으로 보험증권에 기재된 보험기간내의 토요일, 법정공휴일(일요일을 포함합니다) 또는 노동절 당일 0시에 시작하여 24시에 끝납니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뺑소니·무보험차 상해 소득보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 뺑소니사고 또는 무보험자동차에 의한 사고로 상해를 입어 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 되었을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 보험수익자에게 지급합니다.

지 급 사 유	소 득 보 상 금
100%후유장해	보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	보험가입금액의 35%

② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 나누어 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원 공시하는 월평균 정기예금이율을 반영한 금액을 나누어 지급합니다.

③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.

④ 제1항의 뺑소니사고라 함은 피보험자가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 「자동차손해배상보장법」상의 보유불명자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항의 무보험자동차에 의한 사고라 함은 피보험자가 「자동차손해배상보장법」상의 책임보험을 제외한 자동차보험(공제를 포함합니다)의 대인배상 책임보험에 가입되지 않은 자동차에 의해상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생되는 경우를 말합니다. 단, 가해 자동차가 2대 이상인 경우에는 그 전부가 무보험자동차일 때에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

휴업손해장해발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입어 사고일로부터 90일 이내에 완전하고도 계속적으로 무능력하게 되어 직무에 종사할 수 없게 되었을 경우에는 그 기간에 대해 52주를 한도로 휴업손해장해발생금을 정기적(주급)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 무능력상태가 된 후 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 52주를 한도로 휴업손해장해발생금을 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 입은 상해가 다음 지급률표의 항목에 해당하는 경우로서 피보험자가 본 항에서 정한 일시금으로 지급받을 것을 사고일로부터 30일 이내에 서면으로 회사에 통지할 경우에는 피보험자는 제1항의 휴업손해장해발생금 대신 다음 지급률표에 의한 일시금을 지급받을 수 있습니다. 다만, 동일사고로 인한 상해에 대해서는 1회에 한합니다.

- 지급률표 -

휴업손해장해발생금 주급액이 70,000원인 경우의 일시금은 다음과 같으며 휴업손해장해발생금 주급액이 70,000원을 초과하거나 그 미만인 경우에는 비례계산에 따라 지급합니다.

가. 제거에 의한 상실

한 개 이상의 지골(趾骨)	560,000원
한 개 이상의 지골(指骨)	420,000원
(또는 최소한 한 개 이상의 지지골(指趾骨))	

나. 관절의 완전탈골

엉덩이	840,000원
무릎(슬개골 제외)	420,000원
족골(지골(趾骨) 제외)	420,000원
발목	420,000원
손목	378,000원
팔꿈치	280,000원
어깨	210,000원
한 개 이상의 지골(趾骨) 또는 지골(指骨)	70,000원

다. 완전골절

두개골	910,000원
대퇴부	840,000원
상박(팔꿈치와 어깨사이)	840,000원
골반	700,000원
어깨뼈	560,000원
다리	560,000원
슬개골	560,000원
쇄골	420,000원
전박(손목과 팔꿈치사이)	420,000원
족(지골(趾骨) 제외)	350,000원
손(손가락 제외)	350,000원
아래턱(치조돌기 제외)	210,000원
한 개 이상의 늑골(肋骨, 갈비뼈), 지골(指骨) 또는 지골(趾骨)	140,000원

④ 피보험자가 휴업손해장해발생금을 받는 기간 중 다시 휴업손해장해발생금을 지급 받을 수 있는 상해를 입었을지라도 회사는 휴업손해장해발생금을 중복하여 드리지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

실업발생금(Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 계약일로부터 그 날을 포함하여 180일이 지난 날의 다음날(이하「보장개시일」이라 합니다) 이후에 직업을 잃고,「고용보험법」에 의해 신규수급자의 자격을 인정받아 실업급여를 지급받은 경우에는 보험증권에 기재된 금액을 실업발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항에서 정한 신규수급자란 실업급여 수급자중 이직 후 최초로 실업급여를 받은 수급자를 말합니다.
③ 제1항의 실업발생금은 피보험자가 신규수급자의 자격을 인정받은 때마다 지급하여 드립니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 정하는 피보험자는 고용보험에 가입된 근로자로서 보험증권에 기재된 피보험자를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 아래의 사유로 직업을 잃어「고용보험법」에 의해 실업급여를 지급받지 못하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 직장을 스스로 그만 두었을 경우
②「형법」·직무관련법률 위반 또는 불법쟁의행위를 이유로 금고이상의 형을 받고 해고된 경우
③ 공금횡령, 회사기밀누설, 기물파괴, 허위서류작성 등으로 회사에 막대한 손실을 끼쳐 해고된 경우
④ 기타「고용보험법」에 의해 실업급여를 지급받지 못한 경우

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 실업급여 입증서류(고용보험 수급자격자증, 실업급여를 수령한 통장 등)
3. 그 밖의 필요한 증거자료

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스포츠상해발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입어 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 해당종목의 운동선수로서 더 이상 활동을 계속할 수 없을 때 제3조(지급보험금의 계산)에 따라 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 해당경기종목의 프로연맹 또는 아마추어경기연맹(협회를 포함합니다)에 등록된 선수에 한합니다.

제3조(지급보험금의 계산)

제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우, 지급보험금은 아래 지급률표에 따릅니다.

지 급 사 유	지 급 보 험 금
3% ~ 10%	후유장해 지급보험금의 20% 해당금액
11% ~ 30%	후유장해 지급보험금의 40% 해당금액
31% ~ 50%	후유장해 지급보험금의 60% 해당금액
51% ~ 100%	후유장해 지급보험금의 100% 해당금액

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성폭력범죄상해발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 보험기간중에 다음 각호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하여 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입었을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 성폭력범죄상해발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「형법」 제32장 강간과 추행의 죄 중
   제297조(강간)
   제298조(강제추행)
   제299조(준강간, 준강제추행)
   제300조(미수범)
   제301조(강간 등 상해·치상)
   제301조의2(강간 등 살인·치사)
   제302조(미성년자등에 대한 간음)
   제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
   제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
2. 「형법」 제339조(강도강간)의 죄
3. 「성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률」(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중
   제5조 특수강도강간 등
   제6조 특수강간 등
   제7조 친족관계에 의한 강간 등
   제8조 장애인에 대한 간음 등
   제8조의2 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등
   제9조 강간 등 상해·치상
   제10조 강간 등 살인·치사
   제11조 업무상 위력 등에 의한 추행
   제12조 공중밀집장소에서의 추행

② 제1항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생 사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

<용어풀이>
1. 공소제기
   검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함
2. 약식기소
   검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄

2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 지급합니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태중에 생긴 성폭력범죄

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

청소년유괴·납치·인질 발생금 특별약관

제1조(계약의 적용 범위)

이 특별약관은 「청소년기본법」 제3조(정의) 제1호 또는 「청소년보호법」 제2조(정의) 제1호에서 정한 청소년을 피보험자로 하여 계약을 체결하는 경우에 한하여 적용합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 국내에서 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제 되지 않은 경우 보험수익자에게 일당 발생금을 지급합니다.

② 제1항에서 억류상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.
1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
2. 기만 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 실력지배하에 두는 것을 말합니다.

③ 제1항의 사고발생에 대해서는 관할행정기관에 신고 접수한 시점부터 1년 이내에 관할행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 이 특별약관에 따라 지급할 보험금은 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 일일 보험증권에 기재된 보험가입금액을 90일 한도로 발생금으로 지급합니다.

② 회사는 보험금이 지급된 경우라도 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의가 판명되었을 때에는 지급된 보험금을 회수합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성폭력범죄발생금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호에서 정하는 성폭력범죄로 피해가 발생(이하 「성폭력범죄피해의 발생」이라 합니다)하였을 경우 이 특별약관 보험가입금액 전액을 성폭력범죄 발생금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

1. 「형법」 제32장 강간과 추행의 죄 중
   제297조(강간)
   제298조(강제추행)
   제299조(준강간, 준강제추행)
   제300조(미수범)
   제301조(강간 등 상해·치상)

제301조의2(강간 등 살인·치사)
제302조(미성년자등에 대한 간음)
제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

2. 「형법」 제339조(강도강간)의 죄
3. 「성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률」(이하 「성폭력특별법」이라 합니다)의 성폭력범죄 중
제5조 특수강도강간 등
제6조 특수강간 등
제7조 친족관계에 의한 강간 등
제8조 장애인에 대한 간음 등
제8조의2 13세미만의 미성년자에 대한 강간, 추행 등
제9조 강간 등 상해·치상
제10조 강간 등 살인·치사
제11조 업무상 위력 등에 의한 추행
제12조 공중밀집장소에서의 추행

② 제1항의 「성폭력범죄피해의 발생」이라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 성폭력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

【공소제기】검사가 사법경찰관으로부터 송치 받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 합니다.
【약식기소】검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관에 관계없이 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 아래의 성폭력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우만을 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자 및 피보험자의 고의에 의한 성폭력범죄
2. 보험수익자의 고의에 의한 성폭력범죄. 그러나 보험수익자가 두 사람 이상일 때 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.
3. 피보험자의 뇌질환으로 생긴 성폭력범죄
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태중에 생긴 성폭력범죄

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄발생금 특별약관(주택형)

제1조(보상하는 손해)

회사는 이 담보조항의 피보험자가 보험기간 중에 주택내에서 다음 각호에 정하는 강력범죄의 피해자가 되어 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우 약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 「형법」 제 24장에서 정하는 살인죄
2. 「형법」 제 25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 「형법」 제 32장에서 정하는 강간죄
4. 「형법」 제 38장에서 정하는 강도죄
5. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 [폭력행위처벌법]이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 행한 범죄행위에 기인한 손해
2. 「폭력행위처벌법」 제4조의 범죄단체를 구성하거나 이에 가담한 것에 기인한 손해
3. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계 존비속에 의한 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 손해

제3조(주택의 범위)

① 제1조의 주택이라 함은 아파트, 연립, 다세대주택 및 단독주택을 말함

② 제1조의 주택내라 함은 아파트의 경우 아파트건물의 입구 안쪽 공간을, 기타 주택의 경우는 주택의 부속건물인 대문의 안쪽 공간을 말함

제4조(보험금의 지급)

회사는 피보험자가 제1조에 해당하는 손해를 입은 때에는 아래와 같이 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 사망한 때에는 보험증권에 기재되어 있는 강력범죄 발생금담보 가입금액을 보험금으로 지급하여 드립니다.
2. 피보험자가 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 경우(진단을 기준으로 합니다)에는 보험증권에 기재되어 있는 강력범죄발생금담보 가입금액의 (20)%를 보험금으로 지급하여 드립니다. 그러나 제1조 3항의 강간, 4항의 강도에 의한 신체상해를 입은 때는 기간과 관계없이 가입금액의 (20)%를 지급하여 드립니다.
3. 위 1항과 2항의 보험금을 중복하여 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄발생금 특별약관(일상생활형)

제1조(보상하는 손해)

회사는 이 담보조항의 피보험자가 보험기간 중에 일상생활에서 다음 각호에 정하는 강력범죄의 피해자가 되어 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외)에 피해가 발생하였을 경우 약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 「형법」 제 24장에서 정하는 살인죄
2. 「형법」 제 25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 「형법」 제 32장에서 정하는 강간죄
4. 「형법」 제 38장에서 정하는 강도죄
5. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 [폭력행위처벌법]이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 행한 범죄행위에 기인한 손해
2. 「폭력행위처벌법」 제4조의 범죄단체를 구성하거나 이에 가담한 것에 기인한 손해
3. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계 존비속에 의한 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 손해
5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(보험금의 지급)

회사는 피보험자가 제1조에 해당하는 손해를 입은 때에는 아래와 같이 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 사망한 때에는 보험증권에 기재되어 있는 강력범죄 발생금담보 가입금액을 보험금으로 지급하여 드

립니다.
2. 피보험자가 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 경우(진단을 기준으로 합니다.)에는 보험증권에 기재되어 있는 강력범죄발생금담보 가입금액의 (20)%를 보험금으로 지급하여 드립니다. 그러나 제1조 3항의 강간, 4항의 강도에 의한 신체상해를 입은 때는 기간과 관계없이 가입금액의 (20)%를 지급하여 드립니다.
3. 위 1항과 2항의 보험금을 중복하여 지급하지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄발생금 특별약관(Ⅰ)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 피해가 발생한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
1. 「형법」 제24장 제250조, 제251조, 제252조, 제253조에서 정하는 살인의 죄
2. 「형법」 제24장 제254조, 제255조에서 정하는 살인의 죄
3. 「형법」 제38장에서 정하는 강도죄
4. 「형법」 제13장에서 정하는 방화죄
5. 「형법」 제31장에서 정하는 약취, 유인 및 인신매매의 죄
6. 「형법」 제29장에서 정하는 체포와 감금의 죄

강력범죄	보험가입금액
살인(기수)	( ) 만원
살인(미수,예비,음모)	( ) 만원
강도	( ) 만원
방화	( ) 만원
약취,유인 및 인신매매	( ) 만원
체포와 감금	( ) 만원

② 제1항의 「피해가 발생한 경우」라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 강력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

〈용어풀이〉
⦿ 공소제기
검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함
⦿ 약식기소
검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 「범죄피해자 보호법」 제19조에서 정한 구조금을 지급하지 아니할 수 있는 경우로 생긴 손해
② 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 손해

제3조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(경찰신고서류, 경찰 또는 검찰조사기록 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄발생금 특별약관(Ⅱ)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 피해가 발생하여 사망하거나 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에 신체피해정도에 따라 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 「형법」 제24장 제250조, 제251조, 제252조, 제253조에서 정하는 살인의 죄
2. 「형법」 제24장 제254조, 제255조에서 정하는 살인의 죄
3. 「형법」 제38장에서 정하는 강도죄
4. 「형법」 제13장에서 정하는 방화죄
5. 「형법」 제31장에서 정하는 약취, 유인 및 인신매매의 죄
6. 「형법」 제29장에서 정하는 체포와 감금의 죄
7. 「형법」 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
8. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 [폭력행위처벌법]이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

신체피해정도	보험가입금액
전치2주 이하	( ) 만원
전치2주 초과 1개월 이하	( ) 만원
전치1개월 초과 2개월 이하	( ) 만원
전치2개월 초과 4개월 이하	( ) 만원
전치4개월 초과 6개월 이하	( ) 만원
전치6개월 초과	( ) 만원
사망	( ) 만원

② 제1항의 「피해가 발생한 경우」라 함은 피해자 신고나 제3자 신고, 고소, 고발 등을 경찰관이 접수하여 수사를 진행한 후 검사에 의해 공소제기 즉 기소된 경우(약식기소의 경우를 포함합니다) 또는 경찰관의 수사결과 강력범죄의 발생사실은 명백하나 범인을 검거하지 못한 경우를 말합니다.

<용어풀이>
⦿ 공소제기
검사가 사법경찰관으로부터 송치받은 사건이나 직접 인지 등으로 수사한 사건에 대하여 피의자가 재판을 받음이 마땅하다고 판단되는 경우에 이를 법원에 회부하게 되는데 이를 공소제기 또는 기소라 함
⦿ 약식기소
검사가 피의자에 대하여 징역형이나 금고형에 처하는 것보다 벌금형에 처함이 상당하다고 생각되는 경우에는 기소와 동시에 법원에 대하여 벌금형에 처해달라는 뜻의 약식명령을 청구할 수 있는데 이를 약식기소라 함

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 「범죄피해자 보호법」 제19조에서 정한 구조금을 지급하지 아니할 수 있는 경우로 생긴 손해
② 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 손해

제3조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(경찰신고서류, 경찰 또는 검찰조사기록 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

미성년자유괴인신매매발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 만20세 미만인 피보험자가 보험기간 중에 약취와 유인의 죄(「형법」 제31장 제287조, 제288조, 제289조, 제291조)에 의해 피해자가 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 미성년자유괴인신매매발생금으로 지급하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

폭력피해발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 「형법」 제 25 장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 「형법」 제 38 장에서 정하는 강도죄
3. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 [폭력행위처벌법]이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항 제1호, 제3호에 정한 범죄의 경우에는 피보험자가 해당 범죄에 의하여 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해에 한합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 [폭력행위처벌법] 제4조(단체등의 구성·활동)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

행정소송 법률비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건(대법원「법원재판사무 처리규칙」 및「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다)이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제2조(법률비용보험금)와 제3조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	행정1심사건	구합, 구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 '심급별'이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 각각 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.
하나의 소송	대법원「법원재판사무 처리규칙」 및「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보상하는 손해)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법」에 정한 파기환송심, 재심 및「행정소송법」에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법」 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1.「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용(【별표73】소송목적의 값에 따른 변호사비용 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2.「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액(【별표71】「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료(【별표72】송달료 규칙에 정한 송달료 참조)의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 제1항의 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 비용은 일부승소, 전부승소와 같이 소송결과 및 송달료 또는 인지대 환급액에 따라서 달라 질 수 있습니다.

③ 제1항 내지 제2항에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【유의사항】
소송의 결과에 따라 소송의 상대측이 피보험자가 부담하여야 할 소송비용을 일부 또는 전부 부담하였을 경우 그 해당금액에 대하여는 피보험자가 실제 부담한 금액으로 보지 않습니다.

제3조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제2조(법률비용보험금)의 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
보상한도	1,500만원 한도 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
5. 「민사소송법」 또는 「행정소송법」에서 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하(단, 소송 상대방의 보정명령 불이행으로 소의 각하가 발생한 것에 대하여는 이를 적용하지 않습니다)
6. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
7. 「특허법」에 정한 특허, 「저작권법」에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
8. 피보험자가 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
9. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
10. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
11. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
12. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위,「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
13. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」,「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
14. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」,「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 법률비용
15. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송
19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한 때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위하여 제기하는 소송
20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서의 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효 소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.
【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

【소의 취하】
「민사소송법」 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에서 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】
「민사소송법」 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율'([부표] 참조)에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

민사소송 법률비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건(대법원「법원재판사무 처리규칙」 및「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다)이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따

라 피보험자가 부담한 법률비용을 제2조(법률비용보험금)와 제3조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 '심급별'이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 각각 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증될 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다. · 채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건 · 손해배상의 경우 : 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건
연간 하나의 사건	보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.
하나의 소송	대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보상하는 손해)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법」에 정한 파기환송심, 재심 및 「행정소송법」에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법」 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용(【별표73】소송목적의 값에 따른 변호사비용 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액(【별표71】「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료(【별표72】송달료 규칙에 정한 송달료 참조)의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 제1항의 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 비용은 일부승소, 전부승소와 같이 소송결과 및 송달료 또는 인지대 환급액에 따라서 달라 질 수 있습니다.

③ 제1항 내지 제2항에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【유의사항】
소송의 결과에 따라 소송의 상대측이 피보험자가 부담하여야 할 소송비용을 일부 또는 전부 부담하였을 경우 그 해당금액에 대하여는 피보험자가 실제 부담한 금액으로 보지 않습니다.

제3조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제2조(법률비용보험금)의 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
보상한도	1,500만원 한도 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하(단, 소송상대방의 보정명령 불이행으로 소의 각하가 발생한 것에 대하여는 이를 적용하지 않습니다)
6. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
7. 「특허법」에 정한 특허, 「저작권법」에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
8. 피보험자가 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
9. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
10. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
11. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
12. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위,「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
13. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」,「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
14. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」,「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 법률비용
15. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

【소의 취하】
「민사소송법」 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에서 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】
「민사소송법」 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】
1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
   1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
   2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
   3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
   4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일

이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율'([부표] 참조)에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

민사소송 법률비용Ⅱ 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 소송사건(대법원「법원재판사무 처리규칙」 및「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다)이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 제2조(법률비용보험금)와 제3조(보험금의 지급한도)에 정한 바에 따라 보상합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 '심급별'이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

③ 제1항의 소송은 각각 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

용어	정의
소송제기의 원인이 되는 사건	소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증될 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다. · 채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/ 부당이득이 발생한 사건 · 손해배상의 경우 : 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건
연간 하나의 사건	보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.
하나의 소송	대법원「법원재판사무 처리규칙」 및「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보상하는 손해)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법」에 정한 파기환송심, 재심 및「행정소송법」에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법」 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(법률비용보험금)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1.「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용(【별표73】소송목적의 값에 따른 변호사비용 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

2.「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액(【별표71】「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

3. 대법원이 정한 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료(【별표72】송달료 규칙에 정한 송달료 참조)의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

② 제1항의 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 비용은 일부승소, 전부승소와 같이 소송결과 및 송달료 또는 인지대 환급액에 따라서 달라 질 수 있습니다.

③ 제1항 내지 제2항에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【유의사항】
소송의 결과에 따라 소송의 상대측이 피보험자가 부담하여야 할 소송비용을 일부 또는 전부 부담하였을 경우 그 해당금액에 대하여는 피보험자가 실제 부담한 금액으로 보지 않습니다.

제3조(보험금의 지급한도)

회사가 지급하여야 할 제2조(법률비용보험금)의 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
보상한도	2,000만원 한도 (심급별 하나의 소송당 자기부담금 10만원 공제)	1,000만원 한도

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하(단, 소송상대방의 보정명령 불이행으로 소의 각하가 발생한 것에 대하여는 이를 적용하지 않습니다)
6. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
7. 「특허법」에 정한 특허, 「저작권법」에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
8. 피보험자가 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
9. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
10. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
11. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
12. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위,「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
13. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」,「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
14. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」,「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 법률비용
15. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

【소의 취하】
「민사소송법」 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에서 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】
「민사소송법」 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】
1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
   1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
   2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
   3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
   4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일

이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율'([부표] 참조)에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 않습니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정전염병발생보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정전염병 분류표(【별표33】 참조)에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 진단이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조 제6항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 되고, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조에 의하여 해당 보건소장에게 전염병환자로 신고되는 것을 말합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때(사망도 포함합니다)에는 피보험자가 특정전염병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고 특수골절 발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 교통사고 특수골절 손상을 입었을 때 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.
② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
2. 피보험자가 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 도로 통행중의 피보험자가 모든 교통수단으로부터 입은 급격하고도 우연한 외래의 사고

③ 제2항의 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 자동차(「자동차 관리법 시행규칙」 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차), 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 교통수단으로 보지 않습니다)

④ 제1항에서 교통사고 특수골절 손상이라 함은 「자동차손해배상보장법 시행령」에서 정한 특수 골절 항목(【별표36】참조)를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통승

용구에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
7. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
8. 자동차 및 기타교통승용구의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
9. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해
10. 다른 자동차의 운전자가 피보험자의 가족인 경우로 인하여 발생된 손해

② 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(교통사고 특수골절 발생금)

회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 특수골절 상해를 입은 경우 성장판 손상 여부를 판단하기 위한 검사비용 및 발생금으로 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다. 단, 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시 1회에 한하여 지급합니다.

제4조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 계약시점에서 만 18세 이하인 자에 한합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자의 친족 중 피보험자를 부양하는 자로서 이 보험증권에 기재된 자(이하 “부양자”라 합니다)가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망하거나 그 상해로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이 특별약관에 따라 학비보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 (제2호의 보험수익자를 부양자로 바꿉니다) 제1호 내지 제3호와 제2항 (제1항의 제4호 및 제2항의 피보험자를 부양자로 바꿉니다)에 규정되어 있는 사유를 원인으로 하여 생긴 상해로 부양자에게 사망 또는 후유장해가 생긴 경우에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 부양자가 사망한 때에 피보험자가 보험증권에 기재된 학교에 재적하고 있지 않은 경우(학교의 명칭은 관계치 않음)에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(학비보험금)

① 회사는 부양자가 사망하거나 제1조의 후유장해를 입은 때부터 보험증권에 기재된 졸업예정시까지의 년수에 이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 곱하여 얻은 금액을 학비보험금으로 일시에 지급합니다.

② 제1항의 기간이 1년이 안되거나 그 기간에 1년 미만의 단일수가 생긴 때에는 1년을 365일로 해서 일단위로 계산하여 지급보험금을 결정합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

출산비용 특별약관

제1조(적용범위)
이 특별약관은 보험계약일 기준으로 만15세~만49세의 여성만을 대상으로 적용합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자녀를 출산한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
② 출산은 임신·유산·사산 및 출산후 출생신고 전 사망의 경우는 포함하지 않습니다.
③ 출생아가 2명 이상인 다태아 출산의 경우에는 출생아의 인원에 관계없이 1회의 보험가입금액을 지급합니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※ 용어의 정의

용어	정의
임신	난자와 정자의 결합으로 만들어진 수정란이 자궁에 착상하여 태아로 발육하는 과정을 말합니다.
사산	사산에는 자연분만에서 태아가 사망해 있는 자연사산과, 인공적으로 분만시켰을 때에 태아가 사망해 있는 인공사산이 있는데 임신기간 20주 이후 분만이전이나 분만 도중에 발생하는 태아의 사망을 말합니다.
유산	유산은 크게 자연유산과 인공유산의 두 가지로 분류되며 태아가 생존이 가능한 시기 이전에 임신이 종결되는 것을 말합니다.

출산후 산후조리원비용(일당)(1일이상 10일한도) 특별약관

제1조(적용범위)
이 특별약관은 보험계약일 기준으로 만15세~만49세의 여성만을 대상으로 적용합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 자녀를 출산하고 출산의 직접결과로써 산후조리원에 입원하였을 경우, 최초입원일로부터 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 출산 후 산후조리원 비용(일당)으로 지급합니다.
② 제1항의 「출산」은 자녀가 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」에 따라 출생신고된 경우에 한합니다.
③ 제1항에서 「산후조리원」이라 함은 「모자보건법」 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 국내의 산후조리원으로 동법에 따라 적법하게 신고·설치·운영되는 곳을 말합니다.
④ 제1항에서 「최초입원일」은 분만일로부터 42일 이내로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제2조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 10일한도로 합니다.
② 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 출산으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유)의 최초입원일이 보험기간이 만료된 이후 발생한 경우에도 제1항에 따라 일당을 지급합니다.
④ 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 산후조리원에 입원 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 일당을 계속 지급합니다.

제4조(보험금 청구시 구비서류)

1. 피보험자 자녀의 출생증명서
2. 자녀의 출생을 확인할 수 있는 주민등록등본(또는 가족관계증명서)
3. 산후조리원 입·퇴원 증빙서류
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다태아 저체중 출산비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 2명 이상의 다태아를 출산한 경우에 한하여, 출생아의 출산시 체중이 ( )kg 미만에 해당되는 경우(이하 「다태아 저체중 출산」이라 합니다), 해당되는 출생아에 대하여 이 특별약관에 따른 다태아 저체중 출산비용을 지급합니다.
② 보험금 지급대상은 출생 신고된 출생아에 한하며, 다태아 2명 이상의 출생아가 기준 체중 미만에 해당될 경우 각각의 출생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 청구시 구비서류)

1. 피보험자 자녀의 출생증명서
2. 가족관계증명서
3. 사고증명서(진단서 등)

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

* 2.5kg 미만
* 2.0kg 미만
* 1.5kg 미만

출산비용(본인 및 배우자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자 및 배우자가 보험기간 중 자녀를 출산한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
② 제1항의 지급대상은 출생신고된 출생아에 한하며, 쌍생아 이상의 경우 출생아 각각에 대하여 지급합니다.

제2조(보험금 청구시 구비서류)

① 피보험자 자녀의 출생증명서
② 자녀의 출생을 확인할 수 있는 주민등록등본(또는 가족관계증명서)

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자녀양육비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망하거나 그 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우(이하「사고」라 합니다)에는 이 특별약관에 따라 그 보험수익자에게 사고일로부터 5회에 걸쳐 매년 계약 당시 사망·고도후유장해보험 보험가입금액의 10%해당액을 자녀양육비용으로 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

미아찾기지원금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 미아상태에 놓이게 되어 관할경찰서에 신고한 시점부터 1개월이 경과한 시점까지 미아상태가 계속된 경우 이 특별약관에 따라 지급합니다.

② 제1항의 미아상태라 함은 길을 잃음 등으로 현재 보호되는 상태에서 벗어나 돌아올 수 없는 상태를 말하며 유괴, 납치로 인한 실종은 제외합니다.

제2조(피보험자의 범위)

피보험자는 계약시점에서 만8세 이하의 어린이에 한합니다.

제3조(미아찾기 지원금)

회사는 피보험자의 미아상태가 미아 신고 후 1개월이상 계속될 경우 보험가입금액 전액을 미아찾기 지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 또한 미아상태가 미아 신고 후 3개월이상 계속될 경우 보험가입금액의 2배에 해당하는 금액을 추가로 지급합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 단순가출로 행방이 불명한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교폭력상해 간병비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 폭력상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 피해일로부터 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 보험가입금액을 일당액으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 질병으로 인한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 폭력상해란 타인의 물리적 강제력에 의해 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학교폭력피해치료비 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 가입 가능한 피보험자는 제3조(‘학교’, ‘학생’, ‘학교폭력’의 정의)에서 정한 ‘학생’에 한합니다.

제2조(‘학교폭력대책심의위원회’ 및 ‘학교폭력피해치료’의 정의)

① 이 특별약관에서 ‘학교폭력대책심의위원회’라 함은「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」제12조(학교폭력대책심의위원회의 설치·기능)에 따라 학교 폭력의 예방 및 대책에 관한 사항을 심의하는 기구를 말합니다.

② 이 특별약관에서 ‘학교폭력피해치료’라 함은 ‘학교폭력대책심의위원회’ 심의결과에 따라 ‘학교폭력’으로 결정되고 학교폭력피해 보호조치 분류표(【별표75】참조)에 해당하는 피해학생에 대한 보호조치(이하 ‘학교폭력 피해보상 인정 기준’이라 합니다)가 인정된 경우 해당 보호조치를 말합니다.

③ 제1항에 의한 ‘학교폭력대책심의위원회’의 심의(이하 ‘학교폭력대책심의위원회 심의’라 합니다)가「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」및 관련법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

④ 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 ‘학교폭력 피해보상 인정 기준’이 폐지 또는 변경되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 ‘학교폭력 피해보상 인정 기준’에 따릅니다.

제3조(‘학교’, ‘학생’, ‘학교폭력’의 정의)

① 이 특별약관에서 ‘학교’라 함은「초·중등교육법」제2조(학교의 종류)에 따른 학교 중 초등학교, 중학교, 고등학교를 말하며, 공민학교, 고등공민학교, 고등기술학교, 방송통신중학교, 방송통신고등학교, 특수학교 및 각종학교는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 ‘학생’이라 함은 제1항에서 정한 학교에 입학, 등록하여 수학하는 자를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 ‘학교폭력’이라 함은 학교 내외에서 학생을 대상으로 발생한 다음 각 호 등에 의하여 신체·정신 또는 재산상의 피해를 수반하는 행위를 말합니다.

1. 상해
2. 폭행
3. 감금
4. 협박
5. 약취·유인
6. 명예훼손·모욕
7. 공갈
8. 강요·강제적인 심부름
9. 성폭력
10. 따돌림
    단, ‘따돌림’이란 학교 내외에서 2명 이상의 학생들이 특정인이나 특정집단의 학생들을 대상으로 지속적이거나 반복적으로 신체적 또는 심리적 공격을 가하여 상대방이 고통을 느끼도록 하는 일체의 행위를 말합니다.
11. 사이버따돌림
    단, ‘사이버따돌림’이란 인터넷, 휴대전화 등 정보통신기기를 이용하여 학생들이 특정 학생들을 대상으로 지속적, 반복적으로 심리적 공격을 가하거나, 특정 학생과 관련된 개인정보 또는 허위사실을 유포하여 상대방이 고통을 느끼도록 하는 일체의 행위를 말합니다.
12. 정보통신망을 이용한 음란·폭력 정보

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중에 피보험자에게 ‘학교폭력’으로 피해가 발생하고, 그로 인해 피보험자에 대하여 ‘학교폭력대책심의위원회’ 심의 결과에 따라 ‘학교폭력피해치료’가 결정된 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 학교폭력피해치료비로 지급합니다. 단, 1회의 학교폭력대책심의위원회 심의당 1회의 학교폭력피해치료에 한하여 보장합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자에 대하여 1회의 '학교폭력대책심의위원회' 심의 결과 2가지 이상의 '학교폭력피해치료'가 결정된 경우라도 학교폭력피해치료비는 1회만 지급됩니다.

② '학교폭력대책심의위원회' 심의 결과가 결정된 이후에 동일한 '학교폭력'에 대하여 「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」 제17조의2(행정심판)에 따른 행정심판 등으로 '학교폭력피해치료'에 준하는 결과가 발생한 경우에도 이미 결정된 '학교폭력대책심의위원회' 심의 결과를 포함하여 하나의 보험사고로 보고 총 1회의 학교폭력피해치료비를 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 보험기간 중 피보험자에게 발생한 '학교폭력'으로 보험기간이 만료된 후 '학교폭력대책심의위원회' 심의 결과에 따라 '학교폭력피해치료'가 결정되더라도 학교폭력피해치료비를 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 보험기간 중 '학교폭력'이 발생한 시점에 피보험자가 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않는 경우
3. 보험기간 이전에 발생한 '학교폭력'을 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 사고증명서(학교장 확인서, 학교폭력대책심의위원회 결과통지서 등)
   3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서 중 학교장 확인서는 제3조('학교', '학생', '학교폭력'의 정의)에서 규정한 학교에서 발급한 것이어야 하며, 학교폭력대책심의위원회 결과통지서는 교육지원청(교육지원청이 없는 경우 해당 시·도 조례로 정하는 기관으로 합니다)에서 발급한 것이어야 합니다.

【교육지원청】
「지방교육자치에 관한 법률」 제34조(하급교육행정기관의 설치 등) 및 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제80조(교육지원청에 관한 특례)에 따라 설치된 기관을 말합니다.

제8조(계약 후 알릴의무)

① 피보험자가 보험기간 중 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않게 된 경우(이하 '피보험자의 자격상실'이라 합니다)에는 계약자 또는 피보험자는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 피보험자의 자격상실을 알린 경우 회사는 통보받은 날부터 이 특별약관이 해지된 것으로 보고 보통약관 제32조(보험료의 환급)에 따라 지급하여야 할 금액이 있을 때에는 계약자에게 이를 지급해 드립니다.

제9조(특별약관의 무효)

회사는 계약을 맺을 때에 이미 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의료사고법률비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「의료법」 제3조에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다). 이하 같습니다)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 지급합니다.

② 제1항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 「의료법」 제 3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원)에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 아니합니다.

③ 피보험자가 제3조에 정한 의료기관(병원 또는 의원)에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료후 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 계약자, 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료 확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기후재해 상해( )일이상 진단 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 기후재해로 인한 상해를 입어 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에서 ( )일 이상 최초 진단을 받고(추가 진단은 해당하지 않습니다) 실제 치료중이거나 치료가 종료된 경우 하나의 사고당 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 기후재해로 인한 상해라 함은 다음 각호로 인한 상해를 말합니다.

1. 자연재난
2. 기상특보가 발효된 때 해당 기상현상

③ 제2항에서 “자연재난”은 「재난 및 안전관리 기본법 시행규칙」 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

【자연재난】
「재난 및 안전관리 기본법」 제3조(정의) 제1호 가목에서 정한 자연재난을 말합니다.
【기상특보】
12개의 기상현상(한파, 건조, 안개, 폭염, 지진해일, 폭풍해일, 호우, 대설, 태풍, 풍랑, 강풍, 황사)에 의해 재해 우려가 있거나 중대 재해발생이 예상될 때 해당지역에 발효되는 기상청의 주의보 및 경보

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

   【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
   한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(상해진단서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기후재해 긴급 이·후송 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 「기후재해」로 인하여 해당지역(기후재해가 발생한 지역을 말합니다)으로부터 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에 진료를 목적으로 내원하기 위하여 사설구급차등(사고 발생부터 복귀까지 발생한 왕복 교통비를 포함합니다)을 이용한 경우 1사고당 50만원을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「기후재해」라 함은 다음 각호로 인한 재해를 말합니다.

1. 자연재난
2. 기상특보가 발효된 때 해당 기상현상

③ 제2항에서 “자연재난”은 「재난 및 안전관리 기본법 시행규칙」 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

【자연재난】
「재난 및 안전관리 기본법」 제3조(정의) 제1호 가목에서 정한 자연재난을 말합니다.
【기상특보】
12개의 기상현상(한파, 건조, 안개, 폭염, 지진해일, 폭풍해일, 호우, 대설, 태풍, 풍랑, 강풍, 황사)에 의해 재해 우려가 있거나 중대 재해발생이 예상될 때 해당지역에 발효되는 기상청의 주의보 및 경보
【사설구급차】
「응급의료에 관한 법률」 제44조 제1항에 따른 '구급차 등의 운용자'가 환자 이송 등을 용도로 운용하는 구급자동차 중 「119구조·구급에 관한 법률」에 따른 '119구급차'를 제외한 유료 구급차를 말합니다.

제2조(총보상한도액의 설정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 회사는 이 계약에 대하여 보험증권에 기재된 연간 총보상한도액을 한도로 보장할 수 있습니다.
② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서 등)
3. 비용을 지급하였음을 증명하는 서류(사설구급차 이용 확인서 및 영수증)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기상특보일 의료기관 교통비 보장(연간 10회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 기상특보가 발효된 날(이하 「기상특보일」이라 합니다)에 해당지역(기상특보가 발효된 지역을 말합니다)에 소재한 의료기관을 내원하여 진료를 받은 경우, 연간 10회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「의료기관」이란 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관을 말합니다.
③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

【기상특보】
12개의 기상현상(한파, 건조, 안개, 폭염, 지진해일, 폭풍해일, 호우, 대설, 태풍, 풍랑, 강풍, 황사)에 의해 재해 우려가 있거나 중대 재해발생이 예상될 때 해당지역에 발효되는 기상청의 주의보 및 경보
【기상특보일】
기상특보가 발효된 날짜의 00시부터 24시까지의 기간을 말합니다.

제2조(총보상한도액의 설정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 회사는 이 계약에 대하여 보험증권에 기재된 연간 총보상한도액을 한도로 보장할 수 있습니다.
② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(보험금의 청구)

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

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기후재해 정신질환 상담 보장(연간 5회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 「기후재해」로 인하여 “정신질환”으로 최초 진단을 받고 정신적 피해에 대한 상담 및 진료를 위해 심리상담센터 또는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관을 이용한 경우 최초 진단일을 포함하여 연간 5회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 심리상담센터를 이용한 경우에는 비용이 발생한 경우에 한합니다.
② 제1항의 「기후재해」라 함은 다음 각호로 인한 재해를 말합니다.
1. 자연재난
2. 기상특보가 발효된 때 해당 기상현상

③ 제2항에서 「자연재난」은 「재난 및 안전관리 기본법 시행규칙」 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.
④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

【자연재난】
「재난 및 안전관리 기본법」 제3조(정의) 제1호 가목에서 정한 자연재난을 말합니다.
【기상특보】
12개의 기상현상(한파, 건조, 안개, 폭염, 지진해일, 폭풍해일, 호우, 대설, 태풍, 풍랑, 강풍, 황사)에 의해 재해 우려가 있거나 중대 재해발생이 예상될 때 해당지역에 발효되는 기상청의 주의보 및 경보
【심리상담센터】
공공기관 심리상담센터, 대학부속 심리상담센터, 사설심리상담센터 등을 말합니다.(단, 사설심리상담센터는 공인된 자격을 취득한 심리상담사가 전문적 상담관계를 기초로 심리교육, 예방, 치료를 제공하여야 합니다.)

제2조(“정신질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “정신질환”이라 함은 기후재해 정신질환 분류표(【별표89】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
② 제1항의 정신질환의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 심리검사, 임상학적 소견 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “정신질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(총보상한도액의 설정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 회사는 이 계약에 대하여 보험증권에 기재된 연간 총보상한도액을 한도로 보장할 수 있습니다.
② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

   【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
   한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(의료기관의 검사결과지 및 진료기록부)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(진료비계산서 또는 심리상담센터의 영수증 등)

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 사망 보험수익자지정 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 단체보험 계약 중 사망보험금의 보험수익자가 피보험자의 법정상속인 이외의 자(단체 또는 단체의 대표자)로 지정 또는 변경되는 계약에 한하여 적용합니다.

제2조(사망보험금 관련 보험수익자)

① 이 특별약관이 부가되는 계약은 보통약관 또는 특별약관에서 피보험자의 사망을 보장하는 경우 사망보험금을 수령할 보험수익자를 「"업무상 사망"으로 인한 보험수익자」와 「"업무외 사망"으로 인한 보험수익자」로 구분합니다.

② 제1항의 "업무상 사망"과 "업무외 사망"은 아래와 같이 구분합니다.

1. "업무상 사망"이라 함은 피보험자가 보험기간 중 「산업재해보상보험법」 제5조(정의) 제1호에 규정된 "업무상의 재해"(이하 "업무상의 재해"라 합니다)로 사망하여 근로복지공단의 보험급여 지급확인원(보험사제출용) 등 업무상의 재해 사망을 증명하는 서류를 제출하는 경우를 말하며, "업무외 사망"이라 함은 피보험자가 보험기간 중 "업무상의 재해" 이외의 원인으로 사망하는 경우를 말합니다.

용어 해설	〈업무상의 재해〉 「산업재해보상보험법」상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

2. 피보험자가 산업재해보상보험에 가입되어 있지 않거나, 산업재해보상보험에 가입은 되어 있으나 「산업재해보상보험법」 등에 따라 근로복지공단에 보험급여를 신청하지 않은 경우에는 「산업재해보상보험법」 제37조 및 「산업재해보상보험법 시행령」 제27조부터 제37조에서 정한 기준에 따라 "업무상 사망" 또는 "업무외 사망"으로 구분합니다.
3. "업무상 사망" 및 "업무외 사망"의 구분에 대해 계약자와 피보험자의 법정상속인간에 합의하지 못할 경우에는 계약자가 "업무상 사망"임을 입증하여야 합니다.

③ 제1항의 「"업무외 사망"으로 인한 보험수익자」는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

④ 제2항과 관련하여 「산업재해보상보험법 및 관련 법령」(이하 "법령"이라 합니다)이 개정되는 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑤ 제1항의 사망보험금의 보험수익자를 "업무상 사망"으로 인한 보험수익자와 "업무외 사망"으로 인한 보험수익자로 구분하는 것은 보통약관 또는 특별약관에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험수익자를 정하기 위한 것으로 보통약관 또는 특별약관에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우에는 적용되지 않습니다.

제3조(사망보험금의 청구)

① 이 특약이 부가되는 경우에는 사망보험금을 청구할 때 피보험자의 법정상속인 확인서를 제출한 후 보험금을 청구하여야 합니다.

② 제1항에서 「"업무외 사망"으로 인한 보험수익자」가 업무외 사망보험금을 청구한 경우에는 회사는 계약자에게 해당 보험금 청구 사실을 알리고 계약자를 통하여 "업무외 사망" 여부를 확인할 수 있습니다.

③ 회사는 보험수익자에게 보험금 지급 이후 그 지급의 사유가 된 사망 원인이 변경된 경우 계약 내용에 따라 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하며, 기존 보험금 수익자에게 이미 지급된 사망보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 또는 특별약관을 따릅니다.

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여[주] 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

② 회사는 이 약관의 명칭에 '급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임>과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

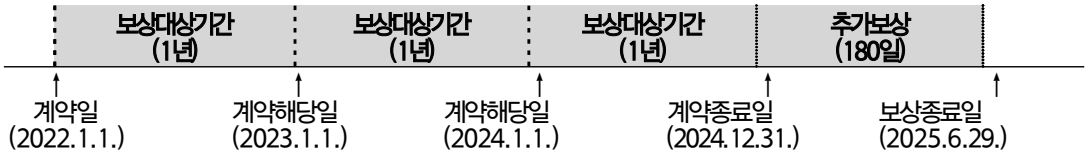
회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해급여</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우,「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용
입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해급여</td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 〈표1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

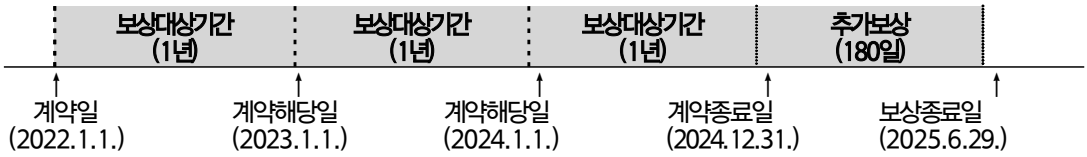
〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
③ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

〈입원 및 통원 보상기간 예시〉
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해급여</td><td>


⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다.
⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다.
⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.
</td></tr>
<tr><td>(2)
질병급여</td><td>
① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용
입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 〈표1〉의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액

〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

보장종목	보상하는 사항
(2) 질병급여	구분 / 보상금액 항 목 / 공제금액 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) / 「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 / 2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액 ② 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. **〈입원 및 통원 보상기간 예시〉**  ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.
(2) 질병급여	⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. ⑦ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제

보장종목	보상하는 사항
	4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장 종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
(1) 상해급여	1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다. 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항 및 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
(2) 질병급여	6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여 의료비
2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항제1호 및 제2호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

④ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액('「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.

⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제4항 또는 제5항 및 (2)질병급여 제3항 또는 제4항에 따른 계속 중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

① 회사는 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

※「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 : 요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 「국민건강보험법」 등 관련 법령에서 정한 금액(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

※「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 : 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도
1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

※「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 : 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도
1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 「의료법」 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.(상기 예시금액은 2021.5월 기준)

제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

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

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표] '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.

⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.
1. 보험금 지급일 등 지급절차

2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

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

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

제10조(주소변경의 통지)

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

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

제11조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(「상법」에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

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

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

【직무】직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

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

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

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

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

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

④ 제1항제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

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

제15조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 이 약관 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

【전문금융소비자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)

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

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

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

【통신판매계약】전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제19조(계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
1. 보험종목 또는 보장 종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험 종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험 종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(보험료의 환급) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의

지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법」 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

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

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일: 1988년 10월 2일, 현재(계약일): 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 − 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제22조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을

발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】
계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면,「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

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

⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(보험료의 환급) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제32조(보험료의 환급)에 따른 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제27조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제32조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행,

국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

제28조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

갱신년도별 보험료 적용 예시

▸ 최초 보험료, XX세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 최대인상(25%) 가정시

* 기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	XX세	XX+1세	XX+2세	XX+3세	XX+4세	XX+5세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료+A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

* 상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조(계약자의 임의해지)

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

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

제29조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는「금융소비자 보호에 관한 법률」제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요

구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

③ 계약자는 회사가「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고「민법」등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

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

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 보험사가 해지권을 행사하는 경우 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제33조(다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =
(각 계약의 보장대상의료비 중 최고액− 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × 각 계약별 보장책임액 / 각 계약별 보장책임액을 합한 금액

제34조(연대책임)

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조(관할법원)

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

제37조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제38조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

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

제40조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
④ 회사가 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제41조(개인정보보호)

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

제42조(준거법)

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

제43조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

〈붙임〉 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	다음 각호의 의료기관 1.「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며「국민건강보험법」제42조제1항제3호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함함
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처

용 어	정 의
	치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것.
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병 · 부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 – 보장제외금액*

용 어	정 의
	* 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 – 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해 · 질병 · 간병보험 등 제3보험, 개인연금 · 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 · 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

국민건강보험 미가입자 추가특별약관

제1조(적용대상)

이 추가특별약관의 피보험자는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관에 가입한 피보험자 중 「국민건강보험법」의 적용을 받지 않는 자로 합니다.

제2조(계약후 알릴의무)

① 보험기간중에 피보험자가 「국민건강보험법」에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

② 피보험자가 「국민건강보험법」에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생된 날로부터 이 특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제3조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 국민건강보험 가입자와 동일하게 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

비급여 실손의료비 특별약관

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 비급여 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 3대비급여형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여[주] 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대 비급여 제외)
질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대 비급여 제외)
3대비급여	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 3대비급여 치료를 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알 권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액 본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

② 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

3대비급여 치료	용 어	정 의
「도수치료·체외충격파치료·증식치료」	도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
	증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)	
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료	
보장대상의료비	실제 부담액 – 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액	
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용	

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해
비급여</td><td>
① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원(입원실료,입원제비용,입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)

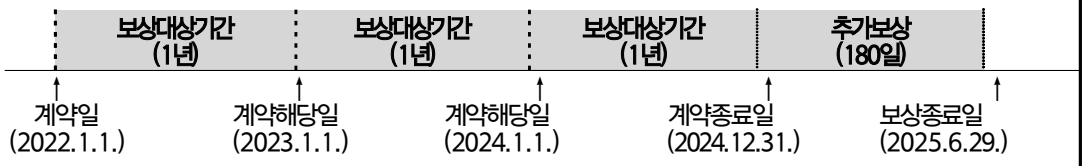
〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.
〈입원 및 통원 보상기간 예시〉
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해
비급여</td><td>


⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.
⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.
</td></tr>
<tr><td>(2)
질병
비급여</td><td>
① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원(입원실료,입원제비용,입원수술비)</td><td>'비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
질병
비급여</td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td></td><td>균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)

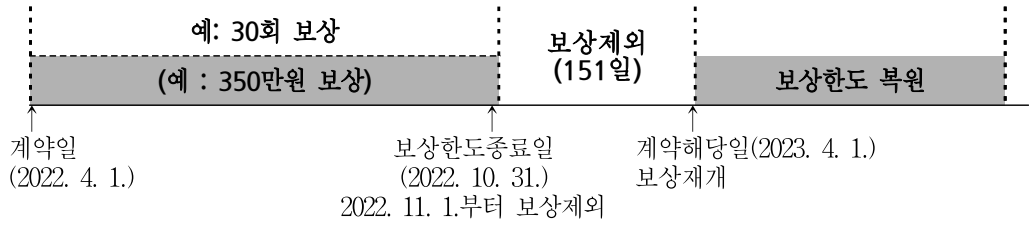
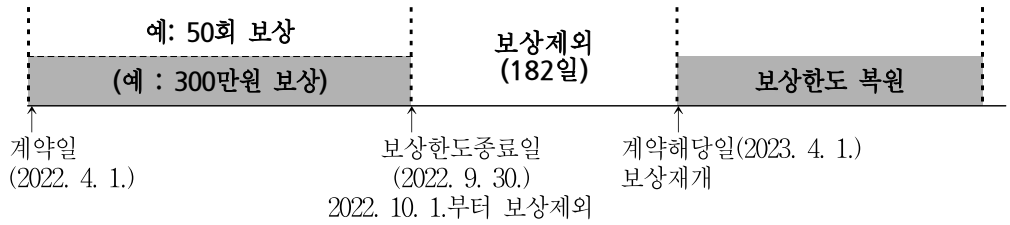
〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

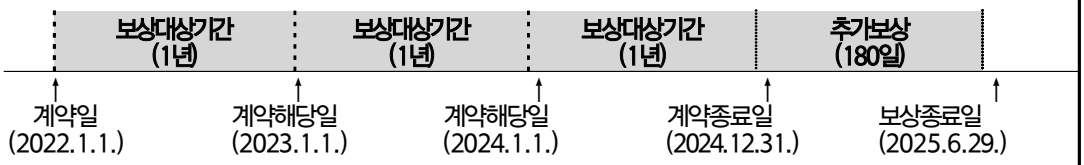
〈입원 및 통원 보상기간 예시〉


④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.
⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
⑥ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우제6항에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보</td><td>(2)
질병
비급여</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>(3) 3대비급여</td><td>① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

〈표1〉 공제금액 및 보장한도
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr>
<tr><td>도수치료·체외충격파치료·증식치료</td><td>“도수치료·체외충격파치료·증식치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상주)</td></tr>
<tr><td>주사료</td><td>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상</td></tr>
<tr><td>자기공명영상진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상</td></tr>
</table>
주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.</td></tr>
</table>

보장종목	보상하는 사항
(3) 3대비급여	< 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? > 1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다. 2. 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다. **<도수치료 보상기간 예시>** (i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우  (ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우  ② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다. ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ④ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 1. 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. ⑤ 제4항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로

보장종목	보상하는 사항
(3) 3대비급여	퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다. ⑥ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다. ⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다. <보상기간 예시>  ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여   <

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
(2) 질병 비급여	8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 3대 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
(3) 3대 비급여	1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우

보장종목	보상하지 않는 사항
	라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(4) 공통[주)]	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
(4) 공통[주)]	나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

보장종목	보상하지 않는 사항
	3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

주) (4)공통은 (1)상해비급여, (2)질병비급여, (3)3대 비급여에 대하여 공통적으로 적용됩니다.

제5조 (보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)3대 비급여의 경우 각 비급여의료비별 보상한도로 합니다.

④ 제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)3대비급여 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제6조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 「요율 상대도(할인,할증요율) 적용 전 보험료」는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

갱신년도별 보험료 적용 예시

▸ 최초 보험료, XX세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 최대인상(25%) 가정시

* 기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	XX세	XX+1세	XX+2세	XX+3세	XX+4세	XX+5세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료+A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

* 상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.

제7조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」등 관계 법령에 따른 '비급여 진료비용 공개제도'와 '비급여 진료 사전설명제도'에 대해 설명하고 안내합니다.

※ 비급여 진료비용 공개제도 : 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도

※ 비급여 진료 사전설명제도 : 진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제8조(특별약관의 소멸)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관을 따릅니다.

실손의료비 통원부담보 추가특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 또는 (2)질병급여의 규정에도 불구하고, 이 추가특별약관에 따라 통원(외래 및 처방조제)에 해당하는 급여의료비는 보상하지 않습니다.

② 회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여의 규정에도 불구하고, 이 추가특별약관에 따라 통원(외래 및 처방조제)에 해당하는 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

질병의료비 출산확장 추가특별약관

제1조(보장내용)

회사는 아래 각호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제9차 개정 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 또는 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 「모자보건법」 제2조(정의)에서 정한 산후조리업 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

1. 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병급여 제2항 제3호
2. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병비급여 제2항 제3호

제2조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병급여 또는 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병비급여에서 정한 사항(단, 제1조(보장내용) 제1호 및 제2호는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 불임에 따른 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병급여의료비 또는 질병비급여의료비의 보상한도는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 보험가입금액 또는 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 치과(비급여) 추가특별약관

제1조(보장내용)

회사는 아래 각호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 「국민건강보험법」상 요양급여 또는 「의료급여법」상 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여, (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

1. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제3항 제1호
2. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병비급여 제3항 제1호
3. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3대비급여 제4항 제1호

제2조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여, (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 사항(단, 제1조(보장내용) 제1호 내지 제3호의 치과치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

제3조(보상한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해비급여, 질병비급여 또는 3대비급여 의료비의 보상한도는 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여, (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여 보험가입금액을 한도

로 합니다.

제4조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

입원의료비 한방(비급여) 추가특별약관

제1조(보장내용)
회사는 아래 각호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 「국민건강보험법」상 요양급여 또는 「의료급여법」상 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여, (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.
1. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제3항 제1호
2. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (2)질병비급여 제3항 제1호
3. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3대비급여 제4항 제1호

제2조(보상하지 않는 사항)
회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여, (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 사항(단, 제1조(보장내용) 제1호 내지 제3호의 한방치료는 제외합니다) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.
1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강검진을 위한 투약 및 첩약

제3조(보상한도)
이 추가특별약관의 보상을 포함한 상해비급여, 질병비급여 또는 3대비급여 의료비의 보상한도는 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여, (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

실손의료비 상해확장보장 추가특별약관

제1조(보장내용)
① 회사는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관에서 정한 상해에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 사고로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에도 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여, 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.
② 제1항에도 불구하고 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.
③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

실손의료비 질병확장보장 추가특별약관

제1조(보장내용)

회사는 피보험자가 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여, 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

특수운동중 실손의료비 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 아래 각호에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동을 하는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 발생한 의료비를 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여, 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

1. 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해급여 제2항 제1호
2. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제2항 제1호
3. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3대비급여 제2항 제1호

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

특수운전중 실손의료비 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 아래 각호에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 발생한 의료비를 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여, 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

1. 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해급여 제2항 제2호
2. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제2항 제2호
3. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3대비급여 제2항 제2호

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

직무상 선박탑승중 실손의료비 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 아래 각호에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승중에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 발생한 의료비를 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여, 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

1. 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해급여 제2항 제3호
2. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해비급여 제2항 제3호
3. 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (3)3대비급여 제2항 제3호

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 또는 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

상해 실손의료비 확장보상 추가특별약관

제1조(보상하지 않는 사항)

기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (1) 상해급여 제1항 및 제2항, 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (1) 상해비급여 제1항 및 제2항, (3) 3대비급여 제1항 및 제2항에도 불구하고 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
5. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

제2조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 상해가 발생하였을 경우 상해 발생자 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

상해 실손의료비 확장보상 추가특별약관Ⅱ

제1조(보상하지 않는 사항)

기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (1) 상해급여 제1항 및 제2항, 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (1) 상해비급여 제1항 및 제2항, (3) 3대비급여 제1항 및 제2항에도 불구하고 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
5. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)과 비급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

제2조(전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 상해가 발생하였을 경우 상해 발생자 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

단체실손의료보험 중지제도 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 단체실손의료보험(이하 '단체실손'이라 합니다)의 계약자(이하 '계약자'라 합니다), 해당 단체실손에 가입되어 있는 피보험자(이하 '피보험자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 단체실손을 중지하는 것을 목적으로 합니다.

* 단체실손의료보험 : 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감독규정 제7-49조 제2호 각 목의 요건에 해당하는 단체보험을 말함

제2조(계약중지에 관한 사항)

① 계약중지 신청일 기준으로 다음의 각 호의 요건 중 하나가 충족되는 경우에는 해당 단체실손의 피보험자가 해당 단체실손의 보장종목 전체에 대해 보장의 중지(이하 '계약중지'라 합니다)를 신청할 수 있습니다.

1. 피보험자가 개인실손의료보험(이하 '개인실손'이라 합니다)의 피보험자인 경우
2. 피보험자가 해당 단체실손 이외의 단체실손의 피보험자인 경우

* 개인실손의료보험 : 노후유병력자여행 실손의료보험 및 단체실손의료보험을 제외한 실손의료보험을 말함 * 계약중지 신청일 : 피보험자가 계약중지 신청을 회사에 접수한 날을 말함

② 제1항의 「해당 단체실손의 보장종목 전체」라 함은 피보험자가 가입한 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관의 보장종목 전체를 말하며 보장종목 중 일부를 선택하여 계약중지 신청할 수는 없습니다.

③ 계약중지가 이루어진 경우 회사는 피보험자에게 「계약중지 확인서」를 드립니다. 단, 계약자와 회사가 별도로 약정한 경우 계약자가 피보험자를 대신하여 회사에 계약중지를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 '계약중지 확인서'를 계약자에게 드릴 수 있고 이는 피보험자에게 드린 것으로 봅니다.

④ 계약중지는 피보험자의 계약중지 신청일부터 시작되고, 계약중지가 이루어진 경우 그 시점부터 회사는 계약중지 피보험자의 단체실손에 대해 보장하지 않습니다.

제3조(중지지급금의 산출과 지급)

① 이 특별약관에서 「중지지급금」이라 함은 단체실손을 중지한 경우 피보험자에게 지급하는 금액으로 중지한 단체실손의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 중지시점의 해약환급금을 말합니다.

② 계약중지가 이루어진 경우 회사는 계약중지가 이루어진 날로부터 3영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다. 다만, 보험료를 분할하여 납입하기로 계약을 체결한 경우에는 계약중지가 이루어졌더라도 중지된 계약에 대하여 계약자는 2회이후의 보험료를 계속 납입하여야 하며, 회사는 마지막 분납회차 보험료 납입시점으로부터 3영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다.

③ 해당 지급기일내에 「중지지급금」을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에서 정한 이율로 계산한 금액을 「중지지급금」에 더하여 지급합니다.

④ 중지지급금이 지급된 경우 회사는 다음의 각 호에 따른 사유가 발생하더라도 피보험자에게 지급한 중지지급금의 환수 및 계약자에게 보험료 환급을 진행하지 않습니다.

1. 중지지급금을 받은 이후 중도퇴사한 경우
2. 회원탈퇴 등 1호에 준하는 사유

제4조(계약중지 신청의 취소)

① 피보험자는 「계약중지 확인서」를 받은 날로부터 15일 이내에 계약중지 신청을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약중지 전 단체실손으로 환원해 주어야 합니다.

② 신청취소에 관한 기타 사항은 계약중지 전 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

③ 계약중지 신청과 계약중지 신청 취소는 계약중지 전 단체실손 보험기간 중 1회에 한합니다.

제5조(계약중지 신청의 취소의 제한)

제4조(계약중지 신청의 취소) 제1항에도 불구하고, 피보험자는 회사로부터 「중지지급금」을 받은 경우 회사에 「중지지급금」을 환입하기 전까지 계약중지 신청의 취소가 제한됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 계약중지 전 단체실손의 보통약관, 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비) 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

단체 해외여행 포괄보장 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 계약자가 회사와 사전에 정한 보험가입조건에 따라 보험기간 중 해외여행 횟수에 상관없이 피보험자의 해외여행 도중에 발생한 위험을 보장하는 계약에 대하여 적용합니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지에 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

계약자 : 단체계약 특별약관 제1조(적용범위) 제1항에 정한 제1,2,3종 단체의 대표 피보험자 : 제1,2,3종 단체 소속의 피보험자 해외여행 도중 : 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지를 말합니다.

② 제1항의 보장은 이 특별약관의 보험기간 동안 동일한 담보 및 보장조건을 유지하는 것을 원칙으로 합니다.

제2조(회사의 보장개시)

① 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 이전에 주거지를 출발한 해외여행 도중 발생한 사고 또는 주거지를 출발하기 이전에 발생한 사고 또는

주거지에 도착한 이후에 발생한 사고에 대하여는 보장하여 드리지 않습니다.

제3조(적용보장)

이 특별약관에 아래의 특별약관을 첨부한 계약에 한하여 적용합니다.

해외여행중 상해사망 및 후유장해 특별약관
해외여행중 질병사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관
해외여행중 식중독입원(2일이상) 보장 특별약관
해외여행중 특정전염병 진단비 특별약관
해외여행중 배상책임 특별약관
해외여행중 휴대품손해(분실제외) 특별약관
해외여행중 중대사고 구조송환비용 특별약관
항공기납치 특별약관
항공기 및 수하물 지연비용 특별약관
해외여행중 여권도난분실 재발급비용Ⅱ 특별약관
해외여행중 중단사고발생 추가비용 특별약관
기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관
비급여 해외여행 실손의료비 특별약관
해외발생 상해의료비 자기부담금 설정 추가특별약관
해외발생 질병의료비 자기부담금 설정 추가특별약관
국민건강보험 미가입자 추가특별약관(해외여행)

제4조(중복계약체결 확인 의무)

회사는 실손의료보험계약을 체결할 경우 아래 각 호의 보험계약을 제외하고는 계약을 모집하기 전에 보험계약자가 되려는 자의 동의를 얻어 모집하고자 하는 보험계약과 동일한 위험을 보장하는 보험계약을 체결하고 있는지를 확인하여야 하며 확인한 내용을 보험계약자가 되려는 자에게 즉시 알려야 합니다.

1. 민간법인 또는 단체가 정관이나 그 밖의 규약에 따라 체결하는 단체보험계약
2. 여행 중 발생한 위험을 보장하는 보험계약으로서 「관광진흥법」제4조에 따라 등록한 여행업자가 일괄 체결하는 보험계약
3. 국외여행, 연수 또는 유학 등 국외체류 중 발생한 위험을 보장하는 보험계약

제5조(적용특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 교부하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 제3조(적용보장)의 해당 특별약관을 따릅니다.

해외여행중 상해사망 및 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 보장기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보장기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표(【별표1】참조)에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행중 질병사망 및 질병80%이상고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 보장기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)
2. 보장기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다.)되어 장해분류표(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

② 여행 도중에 발생한 질병을 직접원인으로 하여 보장기간 마지막날로부터 30일 이내에 사망하거나 또는 80% 이상 후유장해가 남았을 경우에도 동일하게 보상하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

【질병】
신체의 전신이나 일부분에 이상이 생겨 정상적 활동이 이루어지지 못하는 현상으로 급격하고 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해는 제외합니다.

해외여행중 식중독입원(2일이상) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하 "식중독"이라 함)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 2일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 식중독보상금으로 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

② 제1항의 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

③ 제1항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 식중독분류표(【별표14】 참조)에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

④ 제1항 및 제3항의 "식중독"의 진단확정 및 치료는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행중 특정전염병 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 「감염병예방 및 관리에 관한 법률」 제2조에서 규정하고 있는 법정전염병 중 특정전염병분류표(【별표33】 참조)에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단(임상학적 진단을 포함합니다)받아 치료를 받은 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병 진단비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 여행 도중에 감염된 특정전염병을 직접원인으로 하여 보장기간 마지막 날로부터 30일 이내에 전염병환자로 진단 받아 치료를 받은 경우에도 동일하게 보상합니다.

③ 제1항 및 제2항의 "특정전염병'의 진단확정 및 치료는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행중 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 생긴 우연한 사고(이하「사고」라 합니다)로 타인의 신체의 장해(상해·질병, 그로 인한 사망·후유장해를 말합니다) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률적인 손해배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

① 피보험자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금

② 피보험자가 지출한 아래의 비용

1. 피보험자가 제6조(손해방지의무) 제1항 제1호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용.
2. 피보험자가 제6조(손해방지의무) 제1항 제2호의 절차를 취하는 데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용

【유의사항】
제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에 피보험자가 손해배상청구를 위해 내용증명, 재산조사, 강제집행 등을 수행하고자 지출한 각종 비용을 의미합니다.

3. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사 비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
4. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

〈용어풀이〉
⦿ 공탁보증보험료
가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

5. 피보험자가 제7조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사에 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항 제5호 및 아래의 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 피보험자의 직무용으로만 사용되는 동산의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
3. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
4. 피보험자의 근로자가 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임. 다만, 피보험자의 가사사용인에 대하여는 보상하여 드립니다.
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 피보험자와 세대를 같이하는 친족(「민법」 제777조 규정의 범위와 같습니다) 및 여행과정을 같이하는 친족에 대한 배상책임
7. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 다만, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
9. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
10. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다). 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

제3조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1조(보상하는 손해) 제1항의 손해배상금: 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해) 제2항 '1'호, '2'호 또는 '5'호의 비용: 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1조(보상하는 손해) 제2항 '3'호 또는 '4'호의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제4조(타인을 위한 계약)

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

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

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제7조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난

손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제8조(보험금의 지급)

① 피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

② 회사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표] '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다. 다만, 회사는 피보험자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제9조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【사 례】
※ 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 경우 :
계약A: 보상책임액 1,000만원 / 계약B: 보상책임액 1,000만원 / 손해액 : 1,000만원
→ 계약A보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)
→ 계약B보험회사 : 500만원 지급 = 1,000만원 × 1,000만원 / (1,000만원 + 1,000만원)

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상하는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제11조(합의, 절충, 중재, 소송의 협조 대행 등)
① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의, 절충, 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다)내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않은 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행중 휴대품손해(분실제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 생긴 우연한 사고에 의하여 보험의 목적에 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상해 드립니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 회사가 지급할 보험금은 손해액에서 1회의 사고에 대하여 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제한 금액으로 합니다.
② 보험의 목적의 손상을 수선할 경우에는 보험의 목적을 손해발생 직전의 상태로 복원하는데 필요한 비용을 제1항의 손해액으로 합니다.
③ 보험의 목적이 1조 또는 1쌍으로 된 경우에 있어, 그 일부에 손해가 생겼을 때 그 손해가 당해 보험목적 전체의 가치에 미치는 영향을 고려하여 손해액을 결정합니다. 이 경우에 당해 부분의 수선비가 보험가액을 초과하는 경우를 제외하고는 어떠한 경우에도 전부 손해로 볼 수 없습니다.

【1조】
두 개 이상의 물건이 갖추어 한 벌을 이룰 때, 그 한 벌의 물건을 세는 단위.

④ 보험의 목적의 1개 또는 1조, 1쌍에 대한 제1항의 지급할 보험금은 200,000원을 한도로 합니다.
⑤ 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보상하는 위험과 같은 위험을 보상하는 다른 계약이 있을 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 전기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

<보험금 지급관련 유의사항>
휴대품 도난은 이를 입증할 수 있는 현지 경찰서(Police Report) 및 해당 휴대품의 구입증빙을 제출하셔야 합니다.

제3조(보험목적의 범위)
① 이 보험의 목적은 피보험자가 여행도중에 휴대하는 피보험자 소유•사용•관리의 휴대품에 한합니다.
② 아래의 물건은 보험의 목적에 포함되지 않습니다.
1. 통화, 유가증권, 인지, 우표, 신용카드, 쿠폰, 항공권, 여권 등 이와 비슷한 것
2. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형(쇠틀), 목형(나무틀), 소프트웨어 및 이와 비슷한 것
3. 선박 또는 자동차(자동3륜차, 자동2륜차 포함)
4. 산악 등반이나 탐험 등에 필요한 용구
5. 동물, 식물
6. 의치, 의수족, 콘택트렌즈
7. 기타(보험증권에 특별히 기재된 것)

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제5호 및 아래의 사유에 의해 발생된 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실
2. 피보험자에게 보험금이 지급되도록 하기 위하여 피보험자와 여행을 같이 하는 친족 또는 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 압류, 징발, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공기관의 공권력행사. 단, 화재, 소방, 피난에 필요한 처리로 된 경우를 제외합니다.
4. 보험의 목적의 흠으로 생긴 손해. 그러나 보험계약자, 피보험자 또는 이들을 대신하여 보험의 목적을 관리하는 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 발견하지 못한 흠으로 인한 손해는 보험금을 지급합니다.
5. 보험의 목적의 자연소모, 녹, 곰팡이, 변질, 변색등과 쥐나 벌레로 인한 손해
6. 단순한 외관상의 손해로 기능에는 지장이 없는 손해
7. 보험의 목적인 액체의 유출. 단, 그 결과로 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.
8. 보험의 목적의 방치 또는 분실

【분실】
피보험자의 관리 부주의나 실수 또는 과실로 제3조(보험목적의 범위)에 해당하는 피보험자의 소유, 사용, 관리중인 물건이 없어지거나 잃어버린 상태(유실, 망실을 포함합니다)를 말하며, 피보험자가 통상의 주의의무를 기울였음에도 불구하고 물건을 절취 또는 강취 당하는 일을 의미하는 도난과는 구별됩니다.

9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

제5조(손해방지의무)
① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 부분을 손해액에서 뺍니다.
② 회사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하「손해방지비용」이라 합니다) 제2조(보

험금 지급에 관한 세부규정)의 지급보험금 계산 방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.
③ 회사는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

제6조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험의 목적의 가액(이하「보험가액」이라 합니다)에 따라 계산합니다.

제7조(잔존물 및 도난품의 귀속)

① 회사가 보험금을 지급하였을 때는 보험의 목적의 잔존물은 회사가 그것을 취득할 의사를 표시하지 않은 경우에 한하여 피보험자에게 귀속되는 것으로 합니다.
② 도난당한 보험의 목적이 발견된 때에는 아래에 따라 처리합니다.
1. 회사가 손해보상을 하기 전에 보험의 목적을 회수하였을 때에는 그 회수물에 대해 도난손해가 발생하지 않았던 것으로 합니다.
2. 회사가 손해배상을 한 후에 보험의 목적이 회수된 경우에 그 소유권이 회사에 귀속되는 것으로 합니다. 이 경우 회사는 이를 타당한 값으로 매각하고, 그 대금이 보험의 목적에 대하여 보상한 금액과 회수 또는 매각에 소요된 필요비용을 합한 금액을 넘을 때에는 그 초과액을 피보험자에게 돌려 드립니다. 그러나 피보험자는 보험의 목적의 매각전에 지급받은 보험금은 회사에 반환하고 그 물건을 찾아갈 수 있습니다.
③ 제2항과 관련하여 보험의 목적에 도난, 강탈 이외의 원인으로 생긴 손해 및 계약자나 피보험자가 보험의 목적을 회수하는데 소요된 비용이 있는 경우 회사는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 계산방법에 따라 산출한 금액을 보상하여 드립니다.

제8조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.
② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제9조(손해의 통지 및 조사)

① 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
② 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
③ 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제10조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 휴대품을 도난당한 경우 도난 증빙서류(해당 국가 경찰기관의 Police Report 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 피보험자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행중 중대사고 구조송환비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 아래의 사유로 계약자, 피보험자 또는 피보험자의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우
2. 해외여행 도중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰 등의 공공기관에 의하여 확인된 경우
3. 해외여행 도중의 상해를 직접원인으로 하여 사망한 경우 또는 ( )(예:14일,7일,4일)이상 계속 입원한 경우 (다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원 중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다.)
4. 질병을 직접원인으로 하여 해외여행 도중에 사망한 경우 또는 해외여행 도중에 걸린 질병을 직접 원인으로 하여 ( )(예:14일,7일,4일)이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 해외여행도중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인하여 입원에 한합니다.

② 제1항 제1호의 산악등반 중 피보험자의 조난이 확실치 않은 경우에는 피보험자의 하산 예정일이후 계약자 또는 피보험자의 법정상속인이나 이들을 대신한 사람이 경찰서 등의 공공기관, 조난구조대, 해난구조회사 또는 항공회사에 수색을 의뢰한 것을 조난이 발생한 것으로 봅니다.

제2조(비용의 범위)

회사가 보상하는 비용의 범위는 아래와 같습니다.

1. 수색구조비용
   조난당한 피보험자를 수색, 구조 또는 이송(이하「수색」이라 합니다)하는 활동에 필요한 비용중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.
2. 항공운임 등 교통비
   피보험자의 수색, 간호 또는 사고처리를 위하여 사고발생지 또는 현지까지의 피보험자의 법정상속인(그 대리인을 포함합니다. 이하「구원자」라 합니다)의 왕복교통비를 말하며 2명분을 한도로 합니다.
3. 숙박비
   현지에서의 구원자의 숙박비를 말하며 구원자 2명분을 한도로 하여 1명당 14박분을 한도로 합니다.
4. 이송비용
   피보험자가 사망한 경우 그 유해 및 시신을 현지로부터 보험증권에 기재된 피보험자의 주소지에 이송하는데 필요한 비용 및 치료를 계속중인 피보험자를 보험증권에 기재된 피보험자의 주소지에 이송하는데 드는 비용으로서 통상액을 넘는 피보험자의 운임 및 수행하는 의사, 간호사의 호송비를 말합니다.
5. 제잡비
   구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자 유해처리비 등을 말하고 10만원을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제1호 내지 제3호, 제5호의 사유로 인하여 생긴 손해는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 지급)

회사는 제2조(비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 분담)

제1조(보험금의 지급사유)의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 그 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제6조(보상한도액)

회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다. 단, 자기부담금 및 자기부담률이 있는 경우, 1회의 사고에 대하여 자기부담금(10만원)을 차감한 후, 보험증권에 기재된 자기부담률(예:10%, 20%)을 적용한 금액을 제외하고 보상합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

항공기납치 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 피보험자가 승객으로서 탑승한 항공기가 납치(이하 "사고"라 합니다)됨에 따라 예정목적지에 도착할 수 없게 된 동안에 대하여 매일 70,000원씩 지급하여 드립니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 항공기의 납치라 함은, 부당한 의도를 가진 폭력, 폭행 또는 폭력이나 폭행의 위협으로서 항공기를 탈취하거나 지배권을 행사하는 것을 말합니다.
2. 회사는 당해 항공기의 목적지 도착예정시간에서 12시간이 지난 이후부터 시작되는 24시간을 1일로 보아 20일을 한도로 보험금을 지급하여 드립니다.
3. 항공기가 최초의 명백한 사고가 있기 이전에 비행장에서 출발이 지연되었을 경우에는 제2호의 12시간에 그러한 지연시간을 합한 시간 이후부터의 24시간을 1일로 봅니다.

제2조(다른 보험과의 관계)

이 특별약관과 유사한 다수의 계약이 동시에 효력을 가질 경우에는 피보험자나 보험수익자 혹은 그의 법정상속인이 선정하는 하나의 계약에서만 보상하며, 회사는 그 계약 이외의 다른 계약에 대하여는 이미 납입된 해당보험료를 돌려 드립니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

항공기 및 수하물 지연비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 아래에 정한 사유로 인하여 손해를 입었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 실제 비용을 피보험자에

게 지급하여 드립니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 연결항공편이 결항되었으며 실제 도착시간의 4시간 내에 피보험자에게 대체적인 항공운송수단이 제공되지 못할 경우
2. 항공편이 4시간이상 출발이 지연, 취소되거나 또는 피보험자가 과적에 의해 탑승이 거부되어 예정시간으로부터 4시간 내에 대체적인 수단이 제공되지 못하는 경우
3. 피보험자의 수하물이 항공편의 예정된 도착시간으로부터 6시간이내에 도착지(주거지는 제외합니다)에 도착하지 못하는 경우
4. 피보험자의 수하물이 손실되거나 또는 피보험자가 목적지(주거지는 제외합니다)에 도착한 후 24시간 내에 등록된 수하물이 피보험자에게 도착하지 못하는 경우(이 경우 해당 수하물은 영구적으로 손실된 것으로 간주됩니다)

② 회사가 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호 또는 제2호의 경우 회사는 출발 또는 결항된 항공편에 대해 발생한 합리적으로 필요하며 유효한 아래의 비용
   가. 지연된 항공편 또는 대체 항공편을 기다리는 동안 발생한 식사, 간식 또는 전화 통화 비용
   나. 지연된 항공편 또는 대체 항공편을 탑승하기 위해 숙박이 필요한 경우 숙박비, 해당 숙박시설로 이동하기 위한 교통비, 수하물이 다른 항공편으로 출발한 경우 비상의복 및 필수품의 구입비용.
2. 제1항 제3호의 경우 피보험자에 대해 예정된 도착지(주거지는 제외합니다)에 도착 후 비상 의복과 필수품의 구입에 소요되는 비용
3. 제1항 제4호의 경우 피보험자에 대해 의복과 필수품 등에 대하여 예정된 도착지(주거지는 제외합니다)에 도착 후 120시간 내에 발생한 비용(단, 120시간 내에 발생한 비용 중 등록된 수하물을 수령한 이후 발생한 비용은 보상하지 않습니다)

【연결항공편】
직전 항공편이 도착한 시점으로부터 해당 공항에서 24시간 내에 출발하는 항공편으로 직전 항공편의 출발 전 예약이 확약되어있는 항공편을 말합니다.
【결항】
항공기의 운항스케줄이 취소된 경우와 항공기가 회항하여 출발공항 또는 교체공항에 최종 착륙한 경우를 말합니다.
【수하물 지연 및 손실 사례】
1. 수하물 6시간 초과 지연에 대한 적용 예시
인천 국제공항에서 출국하여 오사카 간사이 국제공항에 도착하였으나 도착지(주거지는 제외합니다)에서 수하물이 6시간을 초과하여 지연 도착한 경우 발생한 비상의복 및 생활필수품에 대한 구입비용
2. 수하물 손실에 대한 적용 예시
인천 국제공항에서 출국하여 로스앤젤레스 국제공항에 도착하였으나 도착지(주거지는 제외합니다)에서 수하물이 손실되거나 24시간을 초과하여 지연 도착한 경우, 항공편 도착시간으로부터 5일간 발생한 비상의복 및 생활필수품에 대한 구입비용

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 명시적 또는 실질적 형태의 정부의 육, 해, 공 군사력에 의한 선포 또는 비선포된 전쟁 또는 이에 따르는 행위
2. 피보험자 또는 그 수혜자들에 의하거나 또는 이들을 위해 행해진 불법적인 행동
3. 교통수단의 조작자 또는 조종자로 종사하는 상황에서 발생한 손실
4. 세관 또는 여타 정부기관에 의한 압수 또는 보관조치
5. 피보험자가 수화물을 회수하는 데에 필요한 합리적인 노력을 행하지 않은 경우
6. 목적지에서 수화물 손실에 관련된 항공사 또는 관련 기관에 통보하고 재산손실보고를 취하지 아니한 경우
7. 항공사 또는 그 지정자나 대리인에 대해 수화물을 포기하는 경우
8. 보험사고로 인하여 피보험자가 직접적으로 부담한 비용이 아닌 모든 간접 손해(예정되어 있던 여행일정(숙박, 다른 교통수단, 관광지의 입장권 등)의 취소에 따른 수수료 등)

9. 대체항공편에 탑승한 이후에 발생하는 비용(대체항공편이 착륙한 지역에서의 비용 등)

제3조(보험금 청구시 구비서류)

① 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 항공사로부터 발급받은 재산손실보고서로서 서명, 일자가 포함된 것
2. 피보험자의 항공사 탑승권사본
3. 결항에 따른 불편에 대한 보상의 경우 결항된 항공편, 일자, 항공편의 시간과 추가적으로 발생한 숙박 및 식사비용에 관련된 세부자료
4. 비용 발생과 관련한 모든 영수증 관련자료
5. 회사측에서 손실 또는 불편발생에 대한 사실여부를 확인하는데에 도움이 될 수 있는 추가정보

② 수화물의 손실 또는 지연의 경우 회사에 대해 다음의 정보를 제공해야 합니다.
1. 손실발생 경위에 대한 세부사항과 다음의 정보
   가. 손실의 발생일자
   나. 피보험자 성명
   다. 출발, 도착의 지점과 시간
   라. 항공사 명칭과 항공편 번호
   마. 수화물 손실발생관련 상황에 대한 세부정보
2. 탑승권 또는 수화물 접수증 사본
3. 발생 비용에 대한 완전한 세부정보와 보상이 요구되는 영수증 원본

제4조(보험금의 지급한도)

회사는 피보험자 1인당 이 특별약관 보험가입금액을 한도로 보험금을 지급합니다.

제5조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 실제 발생하는 비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제조합 등에서 공제부담금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다. 이하 동일합니다.)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행 중 여권도난분실 재발급비용Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자(보호대상자)가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 여권을 분실하거나 도난당하여 재외공관에 여권분실신고를 하고 긴급여권을 발급받은 경우 긴급여권 발급비용과 여권 재발급비용을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

② 제1항의 긴급여권 발급비용 및 여권 재발급비용이란 긴급여권 및 여권 재발급에 관한 수수료로「여권법」제22조 제1항에서 정한 수수료 및「한국국제교류재단법」제16조 제1항에서 정한 국제교류기여금을 합한 금액을 말하며 교통비 및 사진촬영비는 포함되지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자의 고의
2. 피보험자에게 보험금이 지급되도록 하기 위하여 피보험자와 여행을 같이하는 친족 또는 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 압류, 징발, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공기관의 공권력행사. 단, 화재, 소방, 피난에 필요한 처리로 된 경우를 제외합니다.
4. 선박승무원 및 항공승무원이 직무상 해외여행 중 여권을 분실 또는 도난당한 경우

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서 (회사 양식)
2. 긴급여권 (귀국 후 여권 재신청 등의 사유로 긴급여권의 원본제출이 불가능한 경우, 해당 지방자치단체가 원본과 동일함을 증명한 사본 제출)
3. 재발급 받은 여권사본
4. 여권 도난 또는 분실 증빙서류(해당 국가 경찰기관의 Police Report 등)
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자, 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 계약자, 피보험자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 실제 발생하는 긴급여권 발급비용 및 여권 재발급비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제조합 등에서 공제부담금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다. 이하 동일합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행중 중단사고발생 추가비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중 해외여행횟수에 상관없이 피보험자가 해외여행 도중(이하「해외여행 도중」이라 합니다)에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생하여 해외여행 중 여행중단 후 귀국으로 인해 피보험자가 기지불한주1) 항공 또는 선박 운임비용을 초과하여 피보험자에게 추가로 발생하는 항공 또는 선박 운임비용 또는 여행중단 후 귀국으로 인해 기지불한 숙박비용을 초과하여 피보험자에게 추가로 발생하는 2박 이내의 숙박비용을 가입금액 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 피보험자가 해외여행을 목적으로 주거지를 출발하는 날로부터 여행을 마치고 주거지를 도착하는 날까지이며, 여행기간이 90일을 초과하는 경우 출발일을 포함하여 최대 90일까지 발생한 손해에 대해서만 보장하며, 그 이후 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자 및 여행동반 가족[주2)]이 상해 또는 질병으로 3일 이상 입원한 경우

2. 보험기간 내 피보험자의 3촌 이내의 친족 또는 여행동반자[주3)]의 사망
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동

주1) 사고발생 이전 귀국항공 또는 선박 운임비용을 지불한 경우로서 일정 변경으로 추가비용이 발생한 경우에 한하여 추가된 비용만을 보상

주2) 본인의 배우자, 본인 또는 배우자의 부모, 본인 또는 배우자의 자녀, 본인의 며느리 및 사위

주3) 피보험자와 해외여행(여행사를 통한 패키지여행* 포함)을 함께 하는 모든 사람

* 여행사가 항공, 숙박, 여행지 등 모든 일정과 장소를 정하고 여행객은 정해진 일정대로 움직이는 여행 상품

<보험금 지급관련 유의사항>
해외여행 출발전 여행이 취소되는 경우 보험금이 지급되지 않습니다.(여행중 중단후 귀국시 보상)

제2조(보험금의 분담)

제1조(보험금의 지급사유)의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 그 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체 해외여행 포괄보장 특별약관을 따릅니다.

해외여행 실손의료보험은 해외여행 중에 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

회사는 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관을 상해의료비형, 질병의료비형 등 2가지 이내의 보장종목으로 구성합니다.

보장 종목	세부 구성 항목	보상하는 내용
상해 의료비	해외	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관[주1)]에서 의료비가 발생한 경우에 보상
	국내(급여)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여[주2)] 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병 의료비	해외	피보험자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관[주1)]에서 의료비가 발생한 경우에 보상
	국내(급여)	피보험자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주1) 해외의료기관은 해외소재 의료기관을 말하며, 해외소재약국을 포함합니다. 이하 동일합니다.
주2)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 보상하는 내용은 다음과 같습니다.

보장 종목	세부구성 항목	보상하는 사항
(1) 상해 의료비	해외	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 전액을 보상합니다. ② 제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiroparactic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해에 대하여 US $1000.00 한도로 보상합니다. ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭

보장 종목	세부구성 항목	보상하는 사항
		취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다. ④ 해외여행 중에 피보험자가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.
	국내(급여)	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 국내 의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임2>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 해외여행 중에 피보험자가 입은 상해로 보험기간 종료후 30일(보험기간 종료일은 제외합니다) 이내에 의사의 치료를 받기 시작했을 때에는 의사의 치료를 받기 시작한 날부터 180일(통원은 180일 동안 90회)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.
(2) 질병 의료비	해외	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 전액을 보상합니다. ② 제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiroparactic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 질병에 대하여 US $1,000.00 한도로 보상합니다. ③ 해외여행 중에 피보험자가 제1항의 질병으로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.
	국내(급여)	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 발생한 질병으로 인해 국내 의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임3>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 해외여행 중에 질병을 원인으로 하여 보험기간 종료후 30일(보험기간 종료일은 제외합니다) 이내에 의사의 치료를 받기 시작했을 때에는 의사의 치료를 받기 시작한 날부터 180일(통원은 180일 동안 90회)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.

제3장 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

보장 종목	세부구성 항목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 의료비	해외	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다.), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 3. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은

보장 종목	세부구성 항목	보상하지 않는 사항
		증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
	국내(급여)	① <붙임4>에 따라 적용합니다.
(2) 질병 의료비	해외	① 회사는 다음의 사유로 생긴 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태

보장 종목	세부구성 항목	보상하지 않는 사항
	해외	나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 8. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
	국내(급여)	① <붙임5>에 따라 적용합니다.

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 국내 상해의료비 및 국내 질병의료비는 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여의료비
2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액의 한도 등)

① 이 계약의 보험가입금액은 (1)상해의료비 해외, (2)질병의료비 해외의 경우 각각에 대하여 계약시 계약자가 선택한 금액, (1)상해의료비 국내(급여), (2)질병의료비 국내(급여)의 경우 각각에 대하여 연간 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원

또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ (1)상해의료비 국내(급여), (2)질병의료비 국내(급여)의 경우 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

④ (1)상해의료비 국내(급여) 및 (2)질병의료비 국내(급여)는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 보상금액을 제외한 나머지 금액(‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도 내에서 보상합니다.

⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해의료비 국내(급여) 또는 (2)질병의료비 국내(급여) 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 〈붙임2〉 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비 제4항 또는 제5항, 〈붙임3〉 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비 제3항 또는 제4항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조의2(보험가입금액의 한도 등에 대한 설명 의무)

① 회사는 제18조(약관교부 및 설명의무)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액의 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 〈붙임4〉 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비 제3항, 〈붙임5〉 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비 제3항 및 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 ‘본인부담금 상한제’ 및 ‘본인부담금 보상제’에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

※ 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 : 요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 「국민건강보험법」 등 관련 법령에서 정한 금액(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

※ 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 : 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

※ 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 : 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 「의료법」 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5월 기준)

제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장 종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생 한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

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

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표] '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」상 본인부담금 상한제, 「의료급여법」상 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.

⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율

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

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

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

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

제10조(주소변경의 통지)

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

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

제11조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(「상법」에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

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

【직무】직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

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

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

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

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

③ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 회사는 제31조(보험료의 환급) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제31조(보험료의 환급) 1항에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제1항제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고

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

제15조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율에 + 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 이 약관 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

【전문금융소비자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관교부 및 설명의무)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수

신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요한 사항

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.)

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제19조(계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

①계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
1. 보험종목 또는 보장 종목

2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험 종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험 종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제31조(보험료의 환급) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

⑤ 제4항에 따라 보험수익자를 변경하려는 계약자는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

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

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

【유의사항】
해당연도의 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일: 1988년 10월 2일, 현재(계약일): 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 − 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

【유의사항】
청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제22조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자

동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】
계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면,「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 회사가 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제31조(보험료의 환급) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제31조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율에 1%를 더한 이율의' 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제27조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제31조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제28조(계약자의 임의해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
② 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제28조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는「금융소비자 보호에 관한 법률」제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
③ 계약자는 회사가「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(보험료의 환급) 제1항제1호에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고「민법」등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제29조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우

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

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제30조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 보험사가 해지권을 행사하는 경우 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제32조(다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

제33조(연대책임)

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다.

다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제34조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원)

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

제36조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제37조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제38조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

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

제39조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 회사가 제18조(약관교부 및 설명의무) 제6항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제40조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제41조(준거법)

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

제42조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
해외여행 중	피보험자가 보험증권에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 기간. 다만, 해외여행 1회당 보장기간은 90일까지이며, 90일을 초과하여 발생한 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일, 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	다음 각호의 의료기관 1.「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제 업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며「국민건강보험법」제42조제1항제3호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함함
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료

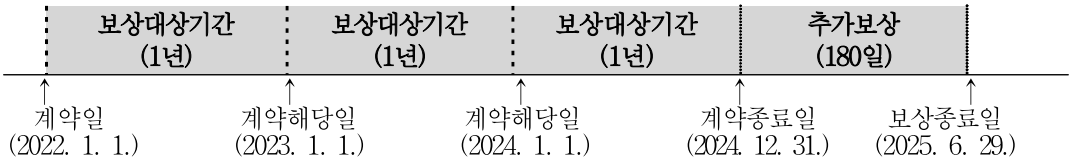
용 어	정 의
	목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병 · 부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰 · 검사 2. 약제 · 치료재료의 지급 3. 처치 · 수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방 · 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는

용 어	정 의
상한제	회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 – 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 – 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

〈붙임2〉 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해급여</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우,「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용
입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 〈표1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

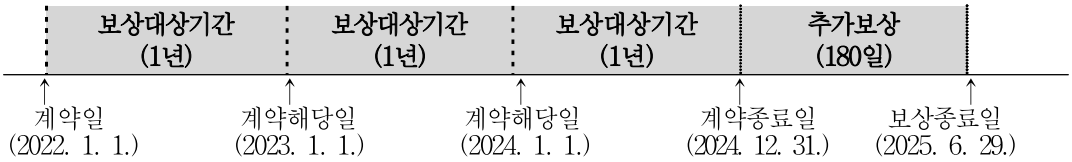
〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는</td></tr>
</table>

보장종목	보상하는 사항
	섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ③ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. ⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. 〈입원 및 통원 **보상기간 예시**〉  ⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다. ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

〈붙임3〉 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
질병급여</td><td>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용
입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 〈표1〉의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액

〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
② 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니</td></tr>
</table>

보장종목	보상하는 사항
	다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. **〈입원 및 통원 보상기간 예시〉**  ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다. ⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. ⑦ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

<붙임4> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다. 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

<붙임5> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항 및 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

비급여 해외여행 실손의료비 특별약관

제1조(보장종목)

회사가 판매하는 비급여 해외여행 실손의료보험 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 상해 비급여형(국내), 질병 비급여형(국내), 3대비급여형(국내)의 3개 보장종목으로 구성되어있습니다.

보장 종목	보상하는 내용
상해 비급여(국내)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여[주] 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)
질병 비급여(국내)	피보험자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)
3대 비급여(국내)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 3대비급여 치료를 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알 권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액 본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

3대비급여 치료	용 어	정 의
「도수치료·체외충격파치료·증식치료」	도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
	증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	항생제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는

3대비급여 치료	용 어	정 의
	(항진균제 포함)	'항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)	
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료	
보장대상의료비	실제 부담액 – 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액	
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가료 부담하는 입원실 이용 비용	

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 제2조(용어정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해
비급여</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원(입원실료,입</td><td>'비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>원제비용,입원수술비)</td><td>말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 ‘통원 항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)
〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr>
</table></td></tr>
</table>
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

〈입원 및 통원 보상기간 예시〉



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.
⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인

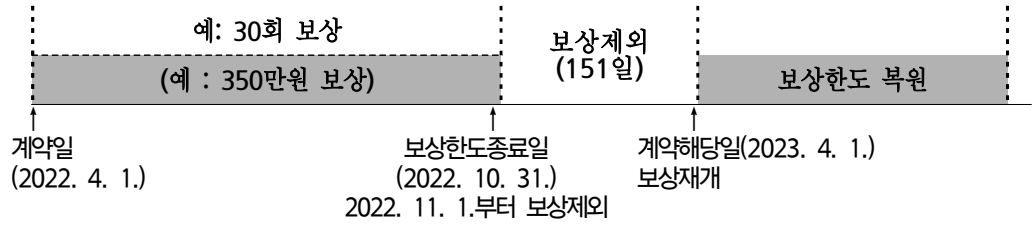
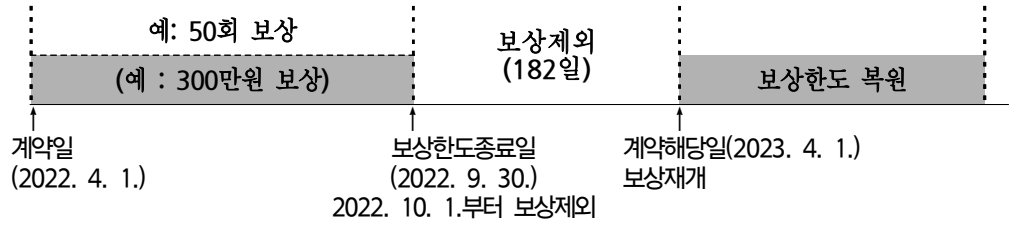
<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>(2)
질병
비급여</td><td>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원(입원실료,입원제비용,입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,</td><td>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 〈표1〉의 ‘통원 항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

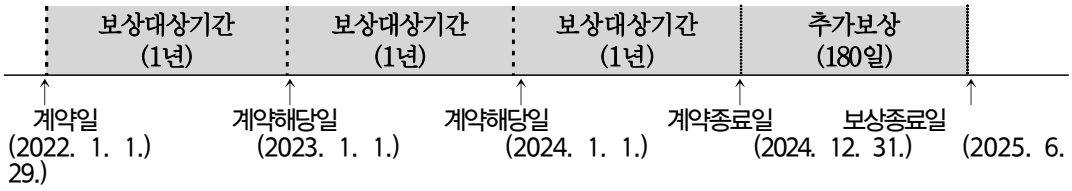
<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>처방조제비)</td><td>한도로 합니다.)
〈표1〉 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr>
</table></td></tr>
</table>
② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.
〈입원 및 통원 보상기간 예시〉


④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.
⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
⑥ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우제6항에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>(3)
3대비급여</td><td>① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

〈표1〉 공제금액 및 보장한도
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr>
<tr><td>도수치료·체외충격파치료·증식치료</td><td>“도수치료·체외충격파치료·증식치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상주)</td></tr>
<tr><td>주사료</td><td>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상</td></tr>
<tr><td>자기공명영상진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상</td></tr>
</table>
주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후</td></tr>
</table>

보장종목	보상하는 사항
	객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다. < 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? > 1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다. 2. 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는「의료법」제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다. **<도수치료 보상기간 예시>** (i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우  (ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우  ② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다. ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ④ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 1. 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

보장종목	보상하는 사항
	2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. ⑤ 제4항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다. ⑥ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다. ⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다. **<보상기간 예시>**  ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부

보장종목	보상하는 사항
	를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
	5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(2) 질병 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만,「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
	5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(3) 3대 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의

보장종목	보상하지 않는 사항
	사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(4) 공통[주]	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

보장종목	보상하지 않는 사항
	나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 〈본조신설 2021.7.1.〉

주) (4)공통은 (1)상해비급여, (2)질병비급여, (3)3대 비급여에 대하여 공통적으로 적용됩니다.

제5조 (보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)3대 비급여의 경우 각 비급여의료비별 보상한도로 합니다.

④ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제3항 부터 제4항, (2)질병비급여 제2항 부터 제3항 및 (3)3대비급여 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제6조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」등 관계 법령에 따른 '비급여 진료비용 공개제도'와 '비급여 진료 사전설명제도'에 대해 설명하고 안내합니다.

※ 비급여 진료비용 공개제도 : 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도

※ 비급여 진료 사전설명제도 : 진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

해외발생 상해의료비 자기부담금 설정 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 담보종목 중 (1)상해의료비 (해외)의 보상하는 사항에도 불구하고, 회사는 하나의 상해에 대하여 피보험자가 실제로 지급한 의료비 중 보험증권에 기재된 자기부담금 ( )원에 해당하는 금액을 차감한 후 보험가입금액 한도로 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

해외발생 질병의료비 자기부담금 설정 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 담보종목 중 (2)질병의료비 (해외)의 보상하는 사항에도 불구하고, 회사는 하나의 질병에 대하여 피보험자가 실제로 지급한 의료비 중 보험증권에 기재된 자기부담금 ( )원에 해당하는 금액을 차감한 후 보험가입금액 한도로 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관을 따릅니다.

국민건강보험 미가입자 추가특별약관(해외여행)

제1조(적용대상)

이 추가특별약관의 피보험자는 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 및 비급여 해외여행 실손의료비 특별약관에 가입한 피보험자 중 「국민건강보험법」의 적용을 받지 않는 자로 합니다.

제2조(계약후 알릴의무)

① 보험기간중에 피보험자가 「국민건강보험법」에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

② 피보험자가 「국민건강보험법」에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생된 날로부터 이 특별약관은 해지되며 회

사는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제3조(보장내용)

회사는 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 및 비급여 해외여행 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 국민건강보험 가입자와 동일하게 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 및 비급여 해외여행 실손의료비 특별약관을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관 및 비급여 해외여행 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

환율 특별약관

① 우리회사는 보험료를 원화로 영수 또는 환급할 때에는 청약일 또는 배서일의 하나은행 1차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화로 합니다.

1. 보험료 : 청약일
2. 추가및환급보험료 : 배서일
3. 해지환급보험료 : 해지일
4. 분납보험료 : 납입해당일

② 보험금은 지급일의 하나은행 1차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화 또는 (　　) 화에 해당하는 외환증서로 지급하여 드립니다.

상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제1조(특별약관의 적용)

이 추가특별약관은 ( ) 특별약관의 피보험자가 상해의 직접결과로써 사망, 후유장해, 입원, 통원, 수술, 진단의 상태가 되고 해당 상태가 ( ) 특별약관의 '보험금 지급사유'에 해당되는 경우 보험수익자에게 사망보험금, 후유장해보험금, 입원·통원일당, 입원·통원비용, 수술비, 치료비 및 진단비를 지급하는 특별약관에 대해 의무로 부가됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 ( )특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자에게 보험기간 이전에 발생한 상해 사고에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 상해 특별약관을 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 상해사고와 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 ( )특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도, 이 계약의 ( ) 특별약관 보장이 개시되기 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고, 보험사가 이를 승인한 경우에도 계약이 갱신된 것으로 봅니다.

④ 제1항에도 불구하고 상해로 인한 사망, 후유장해 및 진단의 경우 사망일, 후유장해 진단일, 진단확정일과 관계없이 해당 사망, 후유장해 및 진단의 직접적인 원인이 되는 상해사고가 이 계약의 보험기간 중 발생한 경우에 보상하여 드립니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 ( ) 특별약관을 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제1조(특별약관의 적용)

이 추가특별약관은 ( ) 특별약관의 피보험자가 질병의 직접결과로써 사망, 후유장해, 입원, 통원, 수술, 진단의 상태가 되고 해당 상태가 ( ) 특별약관의 '보험금 지급사유'에 해당되는 경우 보험수익자에게 사망보험금, 후유장해보험금, 입원·통원일당, 입원·통원비용, 수술비, 치료비 및 진단비를 지급하는 특별약관에 대해 의무로 부가됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 ( )특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다. 단, 질병으로 인한 후유장해의 경우 이 계약의 보험기간 전에 이미 해당 후유장해에 대한 장해지급률이 있는 경우에는 보상하지 않으며, 이 계약의 보험기간 중 장해지급률이 최초로 결정된 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 질병 특별약관을 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 진단확정된 질병과 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 ( )특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일이내에 이 계약의 ( ) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도, 이 계약의 ( ) 특별약관 보장이 개시되기 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고, 보험사가 이를 승인한 경우에도 계약이 갱신된 것으로 본다.

④ 제1항에도 불구하고 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 ( ) 특별약관을 따릅니다.

피보험자 확장담보 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 그의 가족을 피보험자로 합니다.

② 제1항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀

③ 제2항의 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 특별약관

제1조(계약의 적용 범위)

① 피보험자가 다음중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제1종 단체

동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

2. 제2종 단체
   비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
3. 제3종 단체
   그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

② 제1항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제2조(「상법」 제735조3의 적용)

① 제1조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제3조(단체요율의 적용)

① 제1조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제3종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제4조(피보험자의 증가 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제1항에 따라 피보험자가 교체되는 경우에는 피보험자 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 피보험자 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제5조(개별계약으로의 전환)

① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.

② 제1항에 따라 개별계약으로 전환시에는 전환후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제6조(보험증권의 발급)

① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.

② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제7조(적용상의 특칙)

계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체피보험자 지위유지 추가특별약관

제1조(피보험자 지위의 유지)

① 단체계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제1항에서 정한 고용관계가 소멸되어 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 회사는 단체계약 특별약관 제5조(개별계약으로의 전환)에도 불구하고 피보험자의 지위를 회사와 계약자가 별도로 약정하여 보험증권에 기재한 약정일(별도 약정이 없을시 보험종기)까지 연장하여 드립니다.

② 이 특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다. 다만, 사망으로 인한 퇴직 등 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.

1. 피보험단체는 단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항 제1호의 단체이어야 합니다.
2. 보험증권에 기재한 약정일(별도 약정이 없을시 보험종기)까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

단체계약 보험료정산 추가특별약관

제1조(보험료 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다.) 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제2조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제3조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자에 관한 서류를 회사에 제출하여야합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또

는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

단체계약 보험료분납 특별약관

제1조(보험료의 분납)

20명 이상 단체를 피보험자로 하는 계약자는 이 계약의 보험료를 ( )회에 분할하여 회사에 납입할 수 있습니다.

제2조(나눠내는 보험료의 납입)

① 계약자는 나눠내는 보험료를 다음과 같이 그 정한 날짜까지 납입하여야 합니다.

보험기간	납입횟수	분납방법
1년	2회	제1회 분납(%), 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 분납(%), 년 월 일 납입
	4회	제1회 분납(%), 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 분납(%), 년 월 일 납입 제3회 분납(%), 년 월 일 납입 제4회 분납(%), 년 월 일 납입
	12회	12회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다. 제1회 분납, 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 이후, 매월 일 납입
2년	2회	2회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다. 제1회 분납(50%), 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 분납(50%), 년 월 일 납입
	24회	24회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다. 제1회 분납, 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 이후, 매월 일 납입
3년	3회	3회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다. 제1회 분납(총보험료의 1/3해당액), 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 분납(총보험료의 1/3해당액), 년 월 일 납입 제3회 분납(총보험료의 1/3해당액), 년 월 일 납입
	36회	36회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다. 제1회 분납, 년 월 일 계약을 체결할 때 납입 제2회 이후, 매월 일 납입

② 보통약관 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)에 따라 보험료가 변경된 경우에는 제1항의 규정에 관계없이 정해진 보험료를 일시에 받거나 돌려드립니다.
③ 이 특별약관은 보험기간이 1년 연단위로 설정된 계약에 한하여 적용합니다.
④ 보험기간동안 이 계약의 보험요율이 변경된 경우라도 이 특별약관에 따라 납입하는 분납보험료는 변경적용하지 않습니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체포괄계약 특별약관

제1조(적용범위)
① 단체 포괄계약 특별약관은 단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용범위) 제1항에서 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
② 제1항의 경우 총 피보험자는 5인 이상이어야 합니다.

제2조(계약자)
이 특별약관에서 계약자는 제1조(적용범위)의 단체에서 지정한 자로서 계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접으로 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(피보험자수의 산정)
이 특별약관 하에서 피보험자수는 이 계약에 부보된 총 피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

상품다수구매자 보험계약 특별약관

제1조(적용범위)
① 이 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 상품판매자가 자기의 관리하에 운영·유지되는 상품의 다수구매자를 피보험자로 하여 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
② 제1항의 상품의 다수구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.
③ 제1항의 단체의 총 피보험자수는 100인 이상이어야 합니다.

제2조(대표계약자)
이 특별약관의 계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(보험가입금액)
피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다. 다만, 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)
① 계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자, 피보험자 또는 대표계약자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
② 이 계약기간 중 피보험자의 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다. 계약자가 피보험자의 보험기간을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에

회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제5조(보험료의 환급)

계약자의 책임있는 사유로 계약을 해지하는 경우에는 보통약관 제32조(보험료의 환급)의 규정에도 불구하고 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액을 돌려드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자 보험계약 보험료정산 추가특별약관

제1조(보험료의 정산)

① 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제2조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제3조(보험료 정산기간)

계약자는 매월, 매6개월, 또는 기타 회사가 승인한 기간 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간 (이하「정산기간」이라 합니다)이라 합니다.

제4조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제5조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정 될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

보험기간 설정 추가 특별약관

제1조(적용범위)

이 추가 특별약관은 계약기간중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증

가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드린다는 조항에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제3조(보험료의 납입)

① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.

② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

주계약 부담보 특별약관

제1조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해로 인하여 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가족종합 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 「본인」이라 합니다) 및 그의 가족을 보통약관(해당 특별약관을 포함합니다)에서의 피보험자로 합니다.

② 제1항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 본인의 배우자(이하 「배우자」라 합니다.)
2. 본인의 부모 및 배우자의 부모
3. 본인의 자녀
4. 본인의 형제, 자매 및 배우자의 형제, 자매

③ 제2항의 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

한화단체상해보험(직급) 별표

【별표1】장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손 상태임이 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 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 장해의 판정

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의

관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1)], 안전수지(Finger Counting)[주2)] 상태를 포함한다.
   ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상 지난 뒤 그 장해정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히

잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

3) ‘추상(추한 모습)을 남긴 때’라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

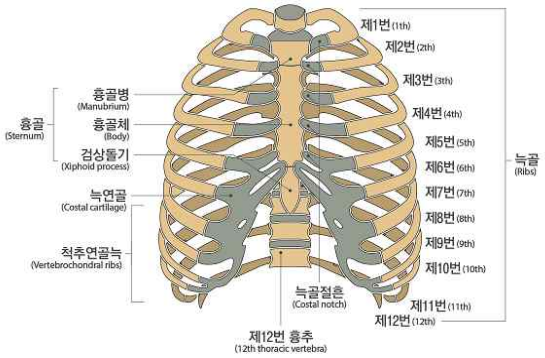
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통해 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

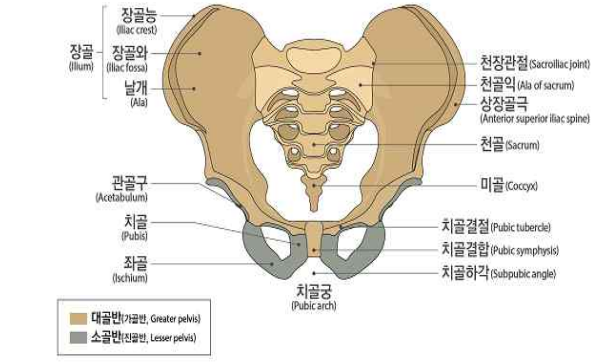
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈 가슴뼈 〉



〈 골반뼈 〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절) 및 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대관절중 관절 하나에 기형장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 유무 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) '가관절[주]'이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의

2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대관절중 관절 하나에 기형장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

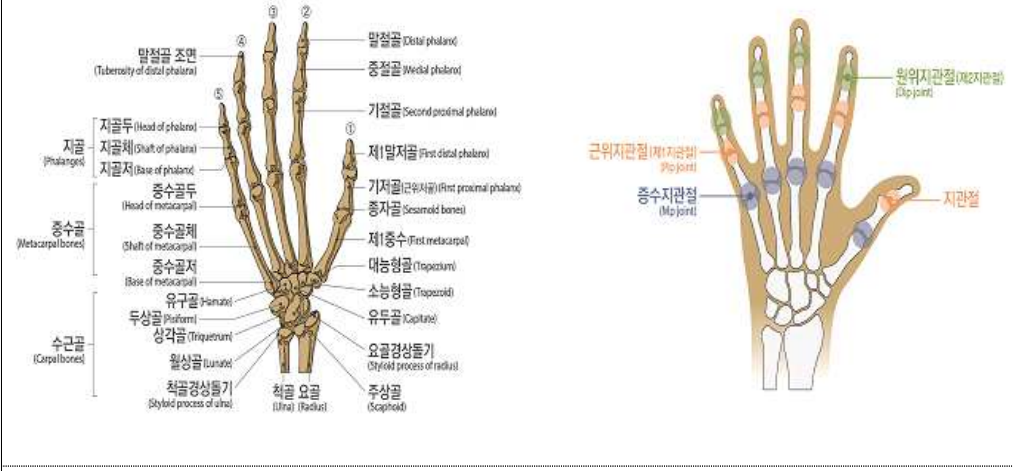
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) ‘손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 손가락 〉

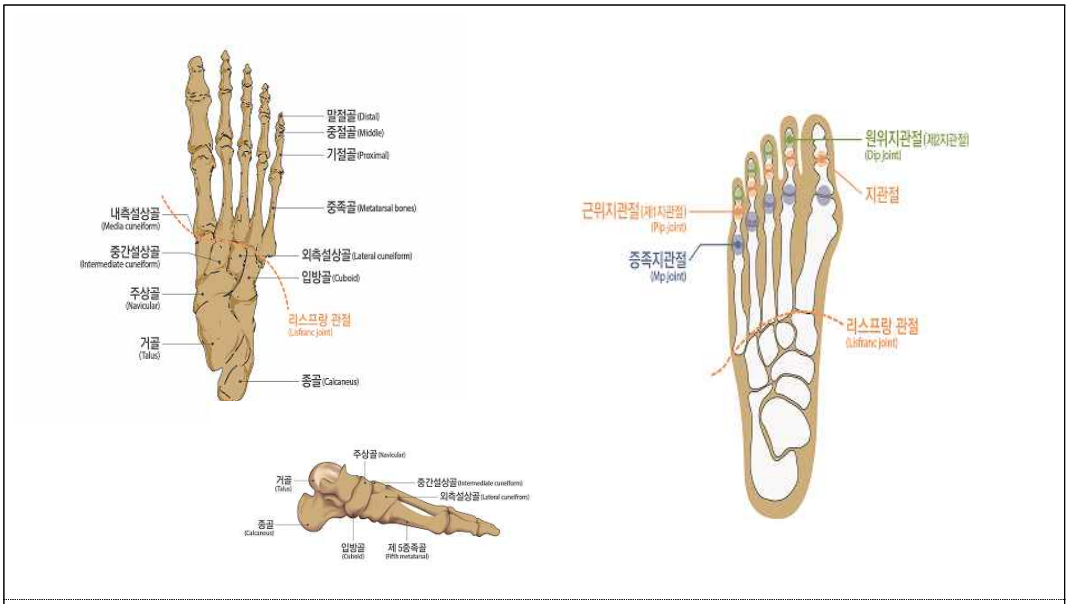
11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 발가락 〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다

3) 치매

가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 패행이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표2】과로사관련 질병 분류표

약관에 규정하는 과로사관련 질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 고혈압성 심장병	I11
2. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
3. 급성 심근경색증	I21
4. 협심증	I20
5. 거미막하출혈	I60
6. 뇌내출혈	I61
7. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
8. 뇌경색증	I63
9. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
10. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
11. 고혈압성 뇌병증	I67.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표3】과로사관련 특정질병 분류표

약관에 규정하는 과로사관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 바이러스 간염	B15 ~ B19
2. 고혈압성 심장병	I11
3. 고혈압성 심장 및 신장병	I13
4. 급성 심근경색증	I21
5. 협심증	I20
6. 거미막하출혈	I60
7. 뇌내출혈	I61
8. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
9. 뇌경색증	I63
10. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
11. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
12. 고혈압성 뇌병증	I67.4
13. 간의 질환	K70 ~ K77
13.1 거대세포바이러스성 간염	B25.1+
13.2 톡소포자충간염	B58.1+

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 분류번호 K70~K77에 해당하는 간질환중 간암에 대해서는 보장하지 않습니다.

【별표4】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표5】3대암 분류표

약관에 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 위의 악성신생물(암)	C16
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
3. 담낭의 악성신생물(암)	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
5. 기관의 악성신생물(암)	C33
6. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표6】여성특정암 분류표

약관에 규정하는 여성특정암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 외음의 악성신생물(암)	C51
3. 질의 악성신생물(암)	C52
4. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
5. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
6. 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C55
7. 난소의 악성신생물(암)	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암)	C57
9. 태반의 악성신생물(암)	C58

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표7】제자리 신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암(상피내암)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표8】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표9】수술분류표

수 술 종 류	
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25㎠ 미만은 제외함) 2. 유방절단술(乳房切斷術)
근골의 수술 (筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術)은 제외함〕	3. 골이식술(骨移植術) 4. 골수염 골결핵 수술(骨髓炎骨結核手術) 〔농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함〕 5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) 〔비골(코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함〕 6. 비골(코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術[비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함] 7. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術)〔치·치육(齒·齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함〕 8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術) 9. 쇄골 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨 觀血手術) 10. 사지절단술(팔·다리切斷術) 〔손가락·발가락은 제외함〕 11. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) 〔골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것〕 12. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술 (팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함) 13. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(筋建 靱帶 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함〕
호흡기·흉부의 수술 (呼吸器·가슴의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術) 15. 후두전절제술(喉頭全切除術) 16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것] 17. 흉곽형성술(胸廓形成術) 18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)
순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함] 20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術) 21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術)[개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術) 23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術) 24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)

수 술 종 류	
	25. 비절제술(脾切除術)
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術) 27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術) 28. 식도이단술(食道離斷術) 29. 위절제술(胃切除術) 30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) [개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 31. 복막염수술(腹膜炎手術) 32. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 膵臟 觀血手術) 33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術) 34. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術) 35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術) 36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것] 37. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]
뇨·성기의 수술 (尿·性器의 수술)	38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함] 39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 肪胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 42. 음경절단술(陰莖切斷術) 43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술(睾丸 副睾丸 精管 精索 精囊 前立腺手術) 44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術) 45. 자궁광범전절제술(子宮廣汎全切除術) [단순 자궁 전 절제술(單純子宮全摘)등의 자궁전절제술(子宮全切除術)은 제외함] 46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術) 47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術) 48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術) 49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膣脫手術) 50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술 (子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함] 51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經膣的操作)은 제외함] 52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)
내분비기의 수술	53. 하수체종양절제술(下垂體腫瘍切除術)

수 술 종 류	
(內分泌器의 手術)	54. 갑상선수술(甲狀腺手術) 55. 부신전절제술(副腎全切除術)
신경의 수술 (神經의手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術) 57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)] 58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術) 59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)
감각기·시기의 수술 (感覺器·視器의 手術)	60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術) 61. 누소관형성술(淚小管形成術) 62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術) 63. 결막낭형성술(結膜囊形成術) 64. 각막이식술(角膜移植術) 65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術) 66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術) 67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術) 68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術) 69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術) 70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術) 71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다. 72. 안구절제술 조직충전술(眼球切除術,組織充塡術) 73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術) 74. 안근이식술(眼筋移植術)
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術) 76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術) 77. 중이(가운데귀)근본수술(中耳根本手術) 78. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術) 79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)
악성신생물(암)의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術) 81. 악성신생물(암)온열요법(惡性新生物溫熱療法) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다. 82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術) 84. 상기이외의 개흉술(開胸術) 85. 상기이후의 개복술(開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술

수 술 종 류	
	보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) [검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

【비고】

- 치료를 직접목적으로 한 수술

  미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사〔생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등〕를 위한 수술 등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다.

【별표10】「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법 · 금지시기 · 금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

※ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표11】「응급의료에 관한 법률 및 시행규칙」

※「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

※「응급의료에 관한 법률」 제25조(중앙응급의료센터)

① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 중앙응급의료센터를 설치·운영할 수 있다.

1. 응급의료기관등에 대한 평가 및 질을 향상시키는 활동에 대한 지원
2. 응급의료종사자에 대한 교육훈련
3. 응급의료기관등 간의 업무조정 및 지원, 관련 정보의 수집·제공 및 응급환자 현황 파악과 추적 관리
4. 응급의료 관련 연구
5. 국내외 재난 등의 발생 시 응급의료 관련 업무의 조정, 관련 정보의 수집·제공 및 응급환자 현황 파악과 추적 관리
6. 응급의료정보통신망의 구축 및 관리·운영과 그에 따른 업무
7. 제15조의2에 따른 응급의료 관련 조사·통계사업에 관한 업무
8. 응급처치 관련 교육 및 응급장비 관리에 관한 지원
9. 응급환자 이송체계 운영 및 관리에 관한 지원
10. 응급의료분야 의료취약지 관리 업무
11. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 응급의료 관련 업무

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 중앙응급의료센터를 효율적으로 운영하기 위하여 필요하다고 인정하면 그 운영에 관한 업무를 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료기관·관계전문기관·법인·단체에 위탁할 수 있다. 이 경우 예산의 범위에서 그 운영에 필요한 경비를 지원할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 중앙응급의료센터의 설치·운영 및 운영의 위탁 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

※「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. <붙임>의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

<붙임> 응급증상 및 이에 준하는 증상 (제2조 제1호 관련)

1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토 · 의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물 · 알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전 · 신부전 · 당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염 · 장폐쇄증 · 급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성 · 다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 소실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절 · 외상 또는 탈골, 그밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일 · 야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀 · 눈 · 코 · 항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

【별표12】골절분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표13】화상분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표14】식중독 분류표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장질환	A07
7. 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표15】뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표16】급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표17】여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표

약관에 규정하는 여성산과관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유산된 임신	O00~O08
2. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
3. 주로 임신과 관련된 기타 산모장애	O20~O29
4. 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	O30~O48
5. 진통 및 분만의 합병증	O60~O75
6. 분만	O80~O84
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표18】골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
(치아의 파절 및 파절치 제외)	(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표19】 소아3대암 분류표

약관에 규정하는 소아3대암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 뇌막의 악성신생물(암)	C70.0
2. 뇌의 악성신생물(암)	C71
3. 기타 및 상세불명의 뇌신경의 악성신생물(암)	C72.5
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 중복병변의 악성신생물(암)	C72.8
5. 상세불명의 중추신경계통의 악성신생물(암)	C72.9
6. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표20】뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표21】뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I 60
2. 뇌내출혈	I 61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I 62
4. 뇌경색증	I 63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I 64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I 65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I 66
8. 기타 뇌혈관질환	I 67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I 68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I 69

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표22】독감 및 폐렴 분류표

약관에 규정하는 독감 및 폐렴으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 (Influenza due to identified influenza virus)	J09
2. 기타 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 (Influenza due to other identified influenza virus)	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자 (Influenza, virus not identified)	J11
4. 달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴 (Viral pneumonia, NEC)	J12
5. 폐렴사슬알균에 의한 폐렴 (Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae)	J13
6. 헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴 (Pneumonia due to Haemophilus influenzae)	J14
7. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 (Bacterial pneumonia, NEC)	J15
8. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 (Pneumonia due to other infectious organisms, NEC)	J16
9. 달리 분류된 질환에서의 폐렴 (Pneumonia in diseases classified elsewhere)	J17
9-1. 거대세포바이러스 폐렴	B25.0+
9-2. 홍역에서의 폐렴	B05.2+
9-3. 수두에서의 폐렴	B01.2+
9-4. 폐 톡소포자충증	B58.3+
10. 상세불명 병원체의 폐렴 (Pneumonia, organism unspecified)	J18

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표23】7대질병 분류표

약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
1. 심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈성심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막구균성 심장막염(I32.0*) - 수막구균성 심내막염(I39.8*) - 수막구균성 심근염(I41.0*) - 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5+
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
2. 뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
3. 간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
4. 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
5. 당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
6. 만성하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성만성기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42

대 상 질 병		분류번호
	천식	J45
	천식지속상태	J46
7. 위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성 궤양	K27

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

【별표24】허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표25】14대질병수술 분류표

약관에 규정하는 14대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
당뇨병	당뇨병	E10-E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3
심장질환	급성 류마티스열	I00-I02
	만성 류마티스심장질환	I05-I09
	허혈심장질환	I20-I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
	기타 형태의 심장병	I30-I52
	- 수막구균성 심장막염 - 수막구균성 심내막염 - 수막구균성 심근염 - 수막구균성 심장염 NOS	A39.5+
	- 칸디다심내막염	B37.6+
고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염	B25.1+
	- 톡소포자충간염	B58.1+
위·십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성궤양	K27
갑상선질환	갑상선의 장애	E00-E07
	- 갑상선이상성 안구돌출	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식, 천식 지속 상태	J45, J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13

대 상 질 병		분류번호
	인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J14 J15 J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
	- 수두폐렴 - 폐렴이 합병된 홍역 - 거대세포바이러스폐렴 - 폐톡소포자충증	B01.2+ B05.2+ B25.0+ B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴 레지오넬라병 폐렴이 합병된 홍역	J18 A48.1 B05.2+
백내장	노년성 백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42*
결핵	결핵 결핵의 후유증	A15-A19 B90
	- 결핵관절염 - 척추의 결핵 - 뼈의 결핵 - 결핵성 방광염 - 자궁경부의 결핵감염 - 여성 결핵성 골반염증성질환 - 결핵성 복막염 - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0*
신부전	신부전	N17-N19

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

【별표26】16대질병수술 분류표

약관에 규정하는 16대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
당뇨병	당뇨병 당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의사구체장애	E10-E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I00-I02 I05-I09 I20-I25 I26-I28
	기타 형태의 심장병	I30-I52
	- 수막구균성 심장막염 - 수막구균성 심내막염 - 수막구균성 심근염 - 수막구균성 심장염 NOS	A39.5+
	- 칸디다심내막염	B37.6+
고혈압	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 고혈압성 뇌병증 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.02
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염 - 톡소포자충간염	B25.1+ B58.1+
위·십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25 K26 K27
갑상선질환	갑상선의 장애	E00-E07
	- 갑상선이상성 안구돌출	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식, 천식 지속 상태	J40 J41 J42 J45, J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*

대 상 질 병		분류번호
	- 수두폐렴 - 폐렴이 합병된 홍역 - 거대세포바이러스폐렴 - 폐톡소포자충증	B01.2+ B05.2+ B25.0+ B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴 레지오넬라병 폐렴이 합병된 홍역	J18 A48.1 B05.2+
백내장	노년성 백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42*
결핵	결핵 결핵의 후유증	A15-A19 B90
	- 결핵관절염 - 척추의 결핵 - 뼈의 결핵 - 결핵성 방광염 - 자궁경부의 결핵감염 - 여성 결핵성 골반염증성질환 - 결핵성 복막염 - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0*
신부전	신부전	N17-N19
관절염	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 관절증 기타 관절장애	M00~M03 M05~M14 M15~M19 M20~M25
	- 류마티스폐질환	J99.0*
생식기질환	남성생식기관의 질환(남성불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염 - 전립선의 결핵 - 기타 남성생식기관의 결핵 - 볼거리고환염	A59.01+ A18.13+ A18.14+ B26.0+
	여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
	- 자궁경부의 결핵 - 결핵성 여성골반염증질환	A18.15+ A18.16+
	여성생식관의 비염증성 장애 (습관성 유산자, 여성불임, 인공 수정과 관련된 합병증 제외) 비뇨생식계통의 기타 장애	N80~N95 N99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

【별표27】18대질병수술 분류표

약관에 규정하는 18대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
당뇨병	당뇨병 당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의사구체장애	E10-E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I00-I02 I05-I09 I20-I25 I26-I28
	기타 형태의 심장병	I30-I52
	- 수막구균성 심장막염 - 수막구균성 심내막염 - 수막구균성 심근염 - 수막구균성 심장염 NOS	A39.5+
	- 칸디다심내막염	B37.6+
고혈압	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 고혈압성 뇌병증 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.02
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염 - 톡소포자충간염	B25.1+ B58.1+
위·십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25 K26 K27
갑상선질환	갑상선의 장애	E00-E07
	- 갑상선이상성 안구돌출	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식, 천식 지속 상태	J40 J41 J42 J45, J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*

대 상 질 병		분류번호
	- 수두폐렴 - 폐렴이 합병된 홍역 - 거대세포바이러스폐렴 - 폐톡소포자충증	B01.2+ B05.2+ B25.0+ B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴 레지오넬라병 폐렴이 합병된 홍역	J18 A48.1 B05.2+
백내장	노년성 백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42*
결핵	결핵 결핵의 후유증	A15-A19 B90
	- 결핵관절염 - 척추의 결핵 - 뼈의 결핵 - 결핵성 방광염 - 자궁경부의 결핵감염 - 여성 결핵성 골반염증성질환 - 결핵성 복막염 - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0*
신부전	신부전	N17-N19
담석증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

【별표28】21대질병수술 분류표

약관에 규정하는 21대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
당뇨병	당뇨병 당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의사구체장애	E10-E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I00-I02 I05-I09 I20-I25 I26-I28
	기타 형태의 심장병	I30-I52
	- 수막구균성 심장막염 - 수막구균성 심내막염 - 수막구균성 심근염 - 수막구균성 심장염 NOS	A39.5+
	- 칸디다심내막염	B37.6+
고혈압	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 고혈압성 뇌병증 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.02
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60-I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염 - 톡소포자충간염	B25.1+ B58.1+
위·십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25 K26 K27
갑상선질환	갑상선의 장애	E00-E07
	- 갑상선이상성 안구돌출	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식, 천식 지속 상태	J40 J41 J42 J45, J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*

대 상 질 병		분류번호
	- 수두폐렴 - 폐렴이 합병된 홍역 - 거대세포바이러스폐렴 - 폐톡소포자충증	B01.2+ B05.2+ B25.0+ B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴 레지오넬라병 폐렴이 합병된 홍역	J18 A48.1 B05.2+
백내장	노년성 백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42*
결핵	결핵 결핵의 후유증	A15-A19 B90
	- 결핵관절염 - 척추의 결핵 - 뼈의 결핵 - 결핵성 방광염 - 자궁경부의 결핵감염 - 여성 결핵성 골반염증성질환 - 결핵성 복막염 - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0*
신부전	신부전	N17-N19
관절염	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 관절증 기타 관절장애	M00~M03 M05~M14 M15~M19 M20~M25
	- 류마티스폐질환	J99.0*
생식기질환	남성생식기관의 질환(남성불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염 - 전립선의 결핵 - 기타 남성생식기관의 결핵 - 볼거리고환염	A59.01+ A18.13+ A18.14+ B26.0+
	여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
	- 자궁경부의 결핵 - 결핵성 여성골반염증질환	A18.15+ A18.16+
	여성생식관의 비염증성 장애 (습관성 유산자, 여성불임, 인공 수정과 관련된 합병증 제외) 비뇨생식계통의 기타 장애	N80~N95 N99
담석증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32
치핵 및 항문주위정맥혈전증	치핵(제외 : 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병 (O22.4))	K64

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함

합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

【별표29】 골절(1~5종) 분류표

약관에 규정하는 골절(1~5종)로 분류된 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

종구분	대 상 상 병	분류번호
1종	치아의 파절 및 파절치	S02.5
	얼굴의으깸손상	S07.0
	두개골의으깸손상	S07.1
	머리의기타부분의으깸손상	S07.8
	머리의상세불명부분의으깸손상	S07.9
	머리의상세불명의손상	S09.9
	늑골골절	S22.3
	골성흉곽의상세불명부분의골절	S22.9
	견갑대의상세불명부분의골절	S42.9
	척골상단의골절	S52.0
	요골상단의골절	S52.1
	척골몸통의골절	S52.2
	요골몸통의골절	S52.3
	요골하단의골절	S52.5
	아래팔의기타부분의골절	S52.8
	아래팔의상세불명부분의골절	S52.9
	손주상골의골절	S62.0
	기타수근골의골절	S62.1
	제1중수골의골절	S62.2
	기타중수골골절	S62.3
	엄지손가락의골절	S62.5
	기타손가락의골절	S62.6
	아래다리의상세불명부분의골절	S82.9
	기타족근골(발목뼈)의골절	S92.2
	중족골(발바닥뼈)의골절	S92.3
	엄지발가락(족무지)의골절	S92.4
	기타발가락의골절	S92.5
	발의상세불명골절	S92.9
	미추의골절	S32.2
2종	두개저의골절	S02.1
	비골의골절	S02.2
	하악골의골절	S02.6
	목의기타부분의골절	S12.8
	흉추의골절	S22.0
	흉골의골절	S22.2
	골성흉곽의기타부분의골절	S22.8
	요추의골절	S32.0
	천골(薦骨)의골절	S32.1
	장골의골절	S32.3
	치골의골절	S32.5
	견갑골의골절	S42.1

	상완골의상단의골절	S42.2
	상완골몸통의골절	S42.3
	상완골하단의골절	S42.4
	손가락의다발골절	S62.7
	무릎뼈의골절	S82.0
	경골상단의골절	S82.1
	경골몸통의골절	S82.2
	경골하단의골절	S82.3
	비골만의골절	S82.4
	안쪽복사의골절	S82.5
	외측복사의골절	S82.6
	아래다리의기타부분의골절	S82.8
	종골(발뒤꿈치)의골절	S92.0
	목과함께머리를침범한골절	T02.0
	척추의상세불명부위의골절,폐쇄성	T08.0
	팔의상세불명부위의골절,폐쇄성	T10.0
	다리의상세불명부위의골절,폐쇄성	T12.0
	상세불명의신체부위의골절	T14.2
	안와바닥의골절	S02.3
	발의다발골절	S92.7
	손목및손이기타및상세불명부분의골절	S62.8
	어깨및위팔의기타부분의골절	S42.8
	거골(발목뼈중가장위쪽뼈)의골절	S92.1
	척골과요골모두의몸통골절	S52.4
	척골과요골모두의하단골절	S52.6
	쇄골의골절	S42.0
3종	두개원개의골절	S02.0
	광대뼈및상악골의골절	S02.4
	제1경추의골절	S12.0
	제2경추의골절	S12.1
	기타명시된경추의골절	S12.2
	목의상세불명부분의골절	S12.9
	흉추의다발골절	S22.1
	늑골의다발골절	S22.4
	아래팔의다발골절	S52.7
	중수골의다발골절	S62.4
	대퇴골전자부골절	S72.1
	대퇴골몸통의골절	S72.3
	대퇴골하단의골절	S72.4
	대퇴골의기타부분의골절	S72.8
	대퇴골의상세불명부분의골절	S72.9
	다리와함께팔이여러부위를침범한골절	T02.6
	기타신체부위를복합적으로침범한골절	T02.8
	상세불명의다발성골절	T02.9
	팔의상세불명부위의골절,개방성	T10.1
	척추의상세불명부위의골절,개방성	T08.1
	한쪽팔의여러부위를침범한골절	T02.2
	한쪽다리의여러부위를침범한골절	T02.3
	양측팔의여러부위를침범한골절	T02.4
	양측다리의여러부위를침범한골절	T02.5

	아래다리의다발골절 쇄골,견갑골및상완골의다발골절 다리의상세불명부위의골절,개방성	S82.7 S42.7 T12.1
4종	기타두개골및안면골의골절 두개골및안면골의상세불명부분의골절 경추의다발골절 동요가슴 요추및골반의기타및상세불명부분의골절 대퇴골경부의골절 전자하골절 절구의골절 아래등및골반과함께흉부를침범한골절	S02.8 S02.9 S12.7 S22.5 S32.8 S72.0 S72.2 S32.4 T02.1
5종	두개골및안면골을침범하는다발골절 요추및골반의다발골절 아래등,골반및사지와함께흉부를침범한골절 대퇴골의다발골절	S02.7 S32.7 T02.7 S72.7

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표30】골절(1~5종, 치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(1~5종, 치아파절제외)로 분류된 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

종구분	대 상 상 병	분류번호
1종	얼굴의으깸손상	S07.0
	두개골의으깸손상	S07.1
	머리의기타부분의으깸손상	S07.8
	머리의상세불명부분의으깸손상	S07.9
	머리의상세불명의손상	S09.9
	늑골골절	S22.3
	골성흉곽의상세불명부분의골절	S22.9
	견갑대의상세불명부분의골절	S42.9
	척골상단의골절	S52.0
	요골상단의골절	S52.1
	척골몸통의골절	S52.2
	요골몸통의골절	S52.3
	요골하단의골절	S52.5
	아래팔의기타부분의골절	S52.8
	아래팔의상세불명부분의골절	S52.9
	손주상골의골절	S62.0
	기타수근골의골절	S62.1
	제1중수골의골절	S62.2
	기타중수골골절	S62.3
	엄지손가락의골절	S62.5
	기타손가락의골절	S62.6
	아래다리의상세불명부분의골절	S82.9
	기타족근골(발목뼈)의골절	S92.2
	중족골(발바닥뼈)의골절	S92.3
	엄지발가락(족무지)의골절	S92.4
	기타발가락의골절	S92.5
	발의상세불명골절	S92.9
	미추의골절	S32.2
2종	두개저의골절	S02.1
	비골의골절	S02.2
	하악골의골절	S02.6
	목의기타부분의골절	S12.8
	흉추의골절	S22.0
	흉골의골절	S22.2
	골성흉곽의기타부분의골절	S22.8
	요추의골절	S32.0
	천골(薦骨)의골절	S32.1
	장골의골절	S32.3
	치골의골절	S32.5
	견갑골의골절	S42.1
	상완골의상단의골절	S42.2

	상완골몸통의골절	S42.3
	상완골하단의골절	S42.4
	손가락의다발골절	S62.7
	무릎뼈의골절	S82.0
	경골상단의골절	S82.1
	경골몸통의골절	S82.2
	경골하단의골절	S82.3
	비골만의골절	S82.4
	안쪽복사의골절	S82.5
	외측복사의골절	S82.6
	아래다리의기타부분의골절	S82.8
	종골(발뒤꿈치)의골절	S92.0
	목과함께머리를침범한골절	T02.0
	척추의상세불명부위의골절,폐쇄성	T08.0
	팔의상세불명부위의골절,폐쇄성	T10.0
	다리의상세불명부위의골절,폐쇄성	T12.0
	상세불명의신체부위의골절	T14.2
	안와바닥의골절	S02.3
	발의다발골절	S92.7
	손목및손이기타및상세불명부분의골절	S62.8
	어깨및위팔의기타부분의골절	S42.8
	거골(발목뼈중가장위쪽뼈)의골절	S92.1
	척골과요골모두의몸통골절	S52.4
	척골과요골모두의하단골절	S52.6
	쇄골의골절	S42.0
3종	두개원개의골절	S02.0
	광대뼈및상악골의골절	S02.4
	제1경추의골절	S12.0
	제2경추의골절	S12.1
	기타명시된경추의골절	S12.2
	목의상세불명부분의골절	S12.9
	흉추의다발골절	S22.1
	늑골의다발골절	S22.4
	아래팔의다발골절	S52.7
	중수골의다발골절	S62.4
	대퇴골전자부골절	S72.1
	대퇴골몸통의골절	S72.3
	대퇴골하단의골절	S72.4
	대퇴골의기타부분의골절	S72.8
	대퇴골의상세불명부분의골절	S72.9
	다리와함께팔이여러부위를침범한골절	T02.6
	기타신체부위를복합적으로침범한골절	T02.8
	상세불명의다발성골절	T02.9
	팔의상세불명부위의골절,개방성	T10.1
	척추의상세불명부위의골절,개방성	T08.1
	한쪽팔의여러부위를침범한골절	T02.2
	한쪽다리의여러부위를침범한골절	T02.3
	양측팔의여러부위를침범한골절	T02.4
	양측다리의여러부위를침범한골절	T02.5
	아래다리의다발골절	S82.7

	쇄골,견갑골및상완골의다발골절 다리의상세불명부위의골절,개방성	S42.7 T12.1
4종	기타두개골및안면골의골절 두개골및안면골의상세불명부분의골절 경추의다발골절 동요가슴 요추및골반의기타및상세불명부분의골절 대퇴골경부의골절 전자하골절 절구의골절 아래등및골반과함께흉부를침범한골절	S02.8 S02.9 S12.7 S22.5 S32.8 S72.0 S72.2 S32.4 T02.1
5종	두개골및안면골을침범하는다발골절 요추및골반의다발골절 아래등,골반및사지와함께흉부를침범한골절 대퇴골의다발골절	S02.7 S32.7 T02.7 S72.7

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표31】수술분류표(1~5종)

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1

구분	수술명	수술종류
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신 중절수술은 제외함)	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	49. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1
	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2

구분	수술명	수술종류
	52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	53. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	70. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	72. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
	75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	76. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2

구분	수술명	수술종류
	80. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	83. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	84. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	85. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	86. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	86-1. 뇌, 심장	3
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1 ~ 85항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 85 항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을

모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표(1~5종) 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <수술분류표(1~5종)>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <수술분류표(1~5종)> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <수술분류표(1~5종)>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   (1) <수술분류표(1~5종)> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 치료한 경우 <수술분류표(1~5종)> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 수술기법은 수술개시일로부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   (2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표(1~5종)> 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 86항 (악성신생물의 경우는 'Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. ‘악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 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 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표32】감염병 분류표

약관에 규정하는 감염병으로 분류된 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대 상 감 염 병		
구분	감염병명	한국표준질병분류(KCD) 부호
제1급	에볼라바이러스병	A98.4
	마버그열	A98.3
	라싸열	A96.2
	크리미안콩고출혈열	A98.0
	남아메리카출혈열	A96.0, A96.1, A96.8
	리프트밸리열	A92.4
	두창	B03
	페스트	A20
	탄저	A22
	보툴리눔독소증	A05.1
	야토병	A21
	중증급성호흡기증후군(SARS)	U04.9
	중동호흡기증후군(MERS)	B34.20
	동물인플루엔자 인체감염증	J09
	신종인플루엔자	J09
	디프테리아	A36.0~A36.2
제2급	결핵	A15.0~A19.9, U84.30~U84.31
	수두	B01, P35.8
	홍역	B05
	콜레라	A00
	장티푸스	A01.0 (병원체보유자 Z22.0)
	파라티푸스	A01.1~A01.4
	세균성이질	A03
	장출혈성대장균감염증	A04.3
	A형간염	B15
	백일해	A37.0, A37.8~A37.9
	유행성이하선염	B26
	풍진(선천성)	P35.0
	풍진(후천성)	B06
	폴리오	A80
	수막구균 감염증	A39
	b형헤모필루스인플루엔자	A41.3, A49.2, G00.0, J14, J20.1, &B96.3
	폐렴구균 감염증	A40.3, G00.1, J13, M00.1, I30.1&B95.3, K65.0&B95.3, M00.8&B95.3, O85&B95.3, P23.6&B95.3, I33.0&B95.3, &B95.3
	한센병	A30
	성홍열	A38
	반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증	&U83.0
	카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증	&U82.80

대 상 감 염 병		
구분	감염병명	한국표준질병분류(KCD) 부호
	E형간염	B17.2
제3급	파상풍	A33~A35
	B형간염	B16
	일본뇌염	A83.0
	C형간염	B17.1~B18.2
	말라리아	B50~B54, P37.3, P37.4, B50~B54
	레지오넬라증	A48.1~A48.2
	비브리오패혈증	A41.52
	발진티푸스	A75.0
	발진열	A75.2
	쯔쯔가무시증	A75.3
	렙토스피라증	A27
	브루셀라증	A23
	공수병	A82
	신증후군출혈열	A98.5
	후천성면역결핍증(AIDS)	B20.0~B24, Z21
	크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)	A81.0
	황열	A95
	뎅기열	A97
	큐열	A78
	웨스트나일열	A92.3
	라임병	A69.2
	진드기매개뇌염	A84.0~A84.9, A84
	유비저	A24.1~A24.4
	치쿤구니야열	A92.0
	중증열성혈소판감소증후군(SFTS)	A93.80
	지카바이러스감염증	U06.9, A92.5, P35.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표33】특정전염병 분류표

약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
·콜레라	A00
·장티푸스	A01.0
·파라티푸스	A01.1~A01.4
·상세불명의 시겔라증	A03.9
·장출혈성 대장균감염	A04.3
·페스트	A20
·파상풍	A33~A35
·디프테리아	A36
·백일해	A37
·급성 회색질척수염	A80
·일본뇌염	A83.0
·홍역	B05
·풍진	B06
·볼거리	B26
·탄저병	A22
·브루셀라병	A23
·렙토스피라병	A27
·성홍열	A38
·수막구균 수막염	A39.0
·기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
·레지오넬라병	A48.1~A48.2
·발진티푸스	A75 (A75.2, A75.3 제외)
·광견병	A82
·신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
·말라리아	B50 ~B54

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표34】 이비인후과질환 분류표

약관에 규정하는 이비인후과질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 귀 및 유돌의 질환	H60~H95
2. 아래에 해당하는 질병으로서 이비인후과에서 수술한 귀, 코, 인후부 기관의 질병	
·특정 감염성 및 기생충성 질환	A00~B99
·신생물	C00~D48
·혈액 및 조혈기관의 질환과 면역메커니즘을 침범한 특정 장애	D50~D89
·내분비, 영양 및 대사 질환	E00~E90
·정신 및 행동 장애	F00~F99
·신경계통의 질환	G00~G99
·눈 및 눈 부속기의 질환	H00~H59
·순환계통의 질환	I00~I99
·호흡계통의 질환	J00~J99
·소화계통의 질환	K00~K93
·피부 및 피하조직의 질환	L00~L99
·근골격계통 및 결합조직의 질환	M00~M99
·비뇨생식계통의 질환	N00~N99
·달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00~R99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표35】 호흡기질환 분류표

약관에 규정하는 호흡기질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00~J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염	J41, J42
5. 천식, 천식지속상태	J45, J46
6. 폐렴	J12~J18
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
7. 레지오넬라병	A48.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표36】「자동차손해배상보장법 시행령」에서 정한 특수 골절 항목

상해급별	상해내용
6급	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄골절 또는 성장판 손상을 포함) 2. 대퇴골대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 손전자부 절편 골절 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 결연 골절
7급	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족과절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절
8급	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결전 견연 골절로 수술하지 않은 상해 6. 주관절내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절 면침범을 포함)
9급	2. 요골 골두골 골절

주1) 상해급별 및 상해부위의 구분은 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조 제1항 제2호의 규정에 따릅니다.
주2) 같은 사고로 두가지 이상의 골절이 발생된 경우 각각의 등급 중 높은 등급 하나만을 적용합니다.

【별표37】 아나필락시스 분류표

약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
2. 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표38】탈구,신경손상,으깸손상 분류표

약관에 규정하는 탈구,신경손상,으깸손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 경추의 탈구	S13.1
2. 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
3. 목의 다발탈구	S13.3
4. 흉추의 탈구	S23.1
5. 흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
6. 요추의 탈구	S33.1
7. 천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
8. 어깨관절의 탈구	S43.0
9. 견쇄관절의 탈구	S43.1
10. 흉쇄관절의 탈구	S43.2
11. 견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
12. 요골머리의 탈구	S53.0
13. 팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
14. 손목의 탈구	S63.0
15. 손가락의 다발탈구	S63.2
16. 고관절의 탈구	S73.0
17. 무릎뼈의 탈구	S83.0
18. 무릎의 탈구	S83.1
19. 발목관절의 탈구	S93.0
20. 발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
21. 뇌신경의 손상	S04
22. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
23. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
24. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
25. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
26. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
27. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
28. 엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
29. 아래다리 부위의 신경손상	S84
30. 발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
31. 목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
32. 기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
33. 여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2

34. 몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
35. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
36. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
37. 목의 으깸손상	S17
38. 어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
39. 아래팔의 으깸손상	S57
40. 엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
41. 아래다리의 으깸손상	S87
42. 발목 및 발의 으깸손상	S97
43. 여러 신체부위를 침범한 으깸손상	T04

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표39】외상성절단 분류표

약관에 규정하는 외상성절단으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 이물이 있는 안구의 관통창	S05.5
2. 이물이 없는 안구의 관통창	S05.6
3. 안구의 박리	S05.7
4. 머리 부분의 외상성 절단	S08
5. 목 부위의 외상성 절단	S18
6. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
7. 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
8. 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
9. 아래팔의 외상성 절단	S58
10. 손목 및 손의 외상성 절단	S68
(기타 단일 손가락의 외상성 절단(완전)(부분) ~ 상세불명의 손가락의 외상성 중수지골 절단(완전)(부분)제외)	(S68.1 제외)
11. 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
12. 아래다리의 외상성 절단	S88
13. 발목 및 발의 외상성 절단 (단일 발가락의 외상성 절단은 제외)	S98 (S98.1 제외)
14. 여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T05
15. 팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	T11.6
16. 다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	T13.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표40】독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표41】외상후스트레스장애 분류표

약관에 규정하는 외상후스트레스장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
외상후스트레스장애	F43.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표42】자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조제1항제2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해

	4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척 관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해

	27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해

	9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절

	25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절

	16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

※ 영역별 세부 판정기준에 관해서는 자동차손해배상 보장법 시행령 [별표1]의 영역별 세부지침을 따릅니다

【별표43】통풍 분류표

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
통풍	M10

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표44】대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진	B02

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표45】 대상포진눈병 분류표

약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표46】공황장애 분류표

약관에 규정하는 공황장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 광장공포증	F40.0
2. 공황장애(간헐 발작성 불안)	F41.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표47】특정13대질병수술 분류표

약관에 규정하는 특정13대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
급성상기도감염	급성 상기도감염	J00~J06
담낭담도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
중이의 진주종	중이의 진주종	H71
귀경화증	귀경화증	H80
소화계통의 양성 신생물	기타 및 부위불명 소화계통의 양성 신생물	D13
중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이, 호흡계통의 양성 신생물	D14
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
골 및 관절연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
조직의 양성 신생물	중피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복박 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표48】정신질환 분류표

약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 알코올 및 기타 정신활성물질에 의해 유발된 것이 아닌 기질성 기억상실증후군	F04
2. 알코올 및 기타 정신활성물질에 의하여 유발된 것이 아닌 섬망	F05
3. 뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애	F06
4. 뇌질환, 뇌손상 및 기능이상에 의한 인격 및 행동장애	F07
5. 상세불명의 기질성 또는 증상성 정신장애	F09
6. 알코올사용에 의한 정신 및 행동 장애	F10
7. 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애	F11~F19
8. 조현병, 분열형 및 망상 장애	F20~F29
9. 기분[정동] 장애	F30~F39
10. 신경증성, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40~F48
11. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군	F50~F59
12. 성인 인격 및 행동의 장애	F60~F69
13. 정신지체	F70~F79
14. 정신발달장애	F80~F89
15. 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애	F90~F98
16. 상세불명의 정신장애	F99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표49】특정상해성뇌손상 분류표

약관에 규정하는 특정상해성뇌손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 미만성 뇌손상	S06.2
2. 초점성 뇌손상	S06.3
3. 경막외출혈	S06.4
4. 외상성 경막하출혈	S06.5
5. 외상성 거미막하출혈	S06.6
6. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
7. 기타 두개내손상	S06.8
8. 상세불명의 두개내손상	S06.9

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표50】특정상해성뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 특정상해성뇌출혈으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 경막외출혈	S06.4
2. 외상성 경막하출혈	S06.5
3. 외상성 거미막하출혈	S06.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표51】돌발성난청 분류표

약관에 규정하는 돌발성난청으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
돌발성 특발성 청력소실	H91.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표52】우울증 분류표

약관에 규정하는 우울증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 우울에피소드	F32
2. 재발성 우울장애	F33

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표53】산후우울증 분류표

약관에 규정하는 산후우울증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 우울에피소드	F32
2. 재발성 우울장애	F33
3. 달리 분류되지 않은 산후기의 정신 및 행동장애	F53

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표54】남성난임 분류표

약관에 규정하는 남성난임으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 남성불임	N46

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표55】여성난임 분류표

약관에 규정하는 여성난임으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 무배란과 관련된 여성불임	N97.0
2. 난관에서 기원한 여성불임	N97.1
3. 자궁에서 기원한 여성불임	N97.2
4. 자궁경부에서 기원한 여성불임	N97.3
5. 기타 요인에서 기원한 여성불임	N97.8
6. 상세불명의 여성불임	N97.9

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표56】유산 분류표

약관에 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁 외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표57】수술분류표(1~5종)Ⅱ

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1

구분	수술명	수술종류
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외]	1
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신 중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1

구분	수술명	수술종류
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1

구분	수술명	수술종류
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1 ~ 87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표(1~5종)Ⅱ 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 〈수술분류표(1~5종)Ⅱ〉에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. 〈수술분류표(1~5종)Ⅱ〉 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: 〈수술분류표(1~5종)Ⅱ〉에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   (1) 〈수술분류표(1~5종)Ⅱ〉 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 치료한 경우 〈수술분류표(1~5종)Ⅱ〉 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 수술기법은 수술개시일로부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   (2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터

(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 〈수술분류표(1~5종)Ⅱ〉 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 'Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 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 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표58】 1~8종 수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간이식	A010	8
폐 이식	2. 폐이식	A020	8
심장 이식	3. 심장이식	A030	8
장 이식	4. 췌장이식	A040	8
소장 이식	5. 소장이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포이식,동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포이식,자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO),개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO),개심술미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관절개술(안면,구강,경부장애의경우),인공호흡기장기사용	A091	1
	11. 기관절개술(안면,구강,경부장애의경우),인공호흡기단기사용	A092	1
	12. 기관절개술(안면,구강,경부장애의경우),인공호흡기미사용	A093	1
	13. 기관절개술(안면,구강,경부장애제외),인공호흡기장기사용	A094	1
	14. 기관절개술(안면,구강,경부장애제외),인공호흡기단기사용	A095	1
	15. 기관절개술(안면,구강,경부장애제외),인공호흡기미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡뇌동맥류수술(뇌졸중동반)	B011	8
	18. 단순뇌동맥류수술(뇌졸중동반)	B012	8
	19. 복잡뇌동맥류수술(뇌졸중미동반)	B013	8
	20. 단순뇌동맥류수술(뇌졸중미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류색전술(뇌졸중동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류색전술(뇌졸중미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류복합수술(뇌졸중동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류복합색전술(뇌졸중동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내혈관수술(뇌졸중동반)	B021	8
	26. 두개내혈관수술(뇌졸중미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계혈관기형및동정맥루색전술(뇌졸중동반)	B023	6
	28. 뇌신경계혈관기형및동정맥루색전술(뇌졸중미동반)	B024	6
	29. 경피적뇌혈관수술(협착·폐쇄및혈전제거동시의경우)	B025	6
	30. 경피적뇌혈관수술(협착및폐쇄의경우)	B026	6
	31. 경피적뇌혈관수술(혈전제거의경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(외상제외)	32. 혈종제거술(외상제외)	B031	8
	33. 두개내감압술(외상제외)	B032	8
	34. 두개골성형술(외상제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외혈관수술(뇌졸중동반)	B041	4
	36. 두개외혈관수술(뇌졸중미동반)	B042	4
	37. 경피적두개외혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡천막상부종양절제술	B061	8
	40. 단순천막상부종양절제술	B062	8
	41. 복잡천막하부종양절제술	B063	8
	42. 단순천막하부종양절제술	B064	8

	43. 경피적뇌신경계종양수술	B065	6
	44. 경비적뇌하수체종양절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계신경자극기설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증수술(전극삽입술시행)	B081	7
	47. 뇌전증수술(전극삽입술미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계정위수술(뇌종양및기타병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위방사선수술(두개내출혈및뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위방사선수술(양성뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위방사선수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계체부정위방사선수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련),경막외출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련),경막하출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련),기타뇌내출혈	B123	7
	59. 두개내감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하또는경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내종양절제술	B151	6
	66. 척추강내병소절제술(척수병증동반)	B152	6
	67. 척추강내병소절제술(척수병증미동반)	B153	6
	68. 척추강내병소절제술(척추고정술동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기척추변형척추고정술	B161	5
	70. 성인기척추변형척추고정술(감압술동반)	B162	5
	71. 성인기척추변형척추고정술(감압술미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증미동반)	B174	2
	76. 기타척추수술(척수병증동반)	B175	1
	77. 기타척추수술(척수병증미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추중재시술(뼈에시행한경우)	B181	1
	79. 척추중재시술(신경에시행한경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기및약물주입펌프의설치술또는교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기및약물주입펌프의시험적거치술또는제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요말초및뇌신경수술	B201	1
	83. 기타말초및뇌신경수술	B202	1
	84. 수근관이완술	B203	1
	85. 기타근육,건및인대이완술	B204	1
	86. 기타신경계수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡척추고정술	B211	4
	88. 복잡척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡안부관통상수술	C011	1
	90. 전안부관통상수술(수정체수술동반)	C012	1
	91. 전안부관통상수술(수정체수술미동반)	C013	1
	92. 후안부관통상수술	C014	1

안와 수술	93. 복잡안와수술,한쪽	C021	2
	94. 복잡안와수술,양쪽	C022	2
	95. 단순안와수술	C023	2
안구수술(종양수술포함)	96. 안구수술(종양수술포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막및유리체수술(망막주위막제거술동반,수정체수술동반)	C043	2
	98. 망막및유리체수술(망막주위막제거술동반,수정체수술미동반)	C044	2
	99. 망막및유리체수술(망막주위막제거술미동반,수정체수술동반)	C045	2
	100. 망막및유리체수술(망막주위막제거술미동반,수정체수술미동반)	C046	2
안구 표면 재건술	101. 주요각막이식수술	C051	2
	102. 기타각막이식수술	C052	2
	103. 공막및각막윤부이식수술	C053	2
수정체소절개수술 (유리체절제술유무와 무관)	104. 주요수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C061	1
	105. 기타수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C062	1
	106. 주요수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C063	1
	107. 기타수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C064	1
수정체대절개수술 (유리체절제술유무와 무관)	108. 주요수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C071	1
	109. 기타수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C072	1
	110. 수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성백내장수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡녹내장수술(수정체수술동반)	C091	2
	113. 복잡녹내장수술(수정체수술미동반)	C092	2
	114. 단순녹내장수술(수정체수술동반)	C093	2
	115. 단순녹내장수술(수정체수술미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타주요안구내수술	C101	1
	117. 기타단순안구내수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡사시수술	C111	1
	119. 단순사시수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡안검수술,제1형	C121	1
	121. 복잡안검수술,제2형	C122	1
	122. 복잡안검수술,제3형	C123	1
	123. 주요안검수술,제1형	C124	1
	124. 주요안검수술,제2형	C125	1
	125. 주요안검수술,제3형	C126	1
	126. 기타안검수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡눈물길수술	C131	1
	128. 주요눈물길수술,한쪽	C132	1
	129. 주요눈물길수술,양쪽	C133	1
	130. 기타눈물길수술(경비내시경포함),단안	C135	1
	131. 기타눈물길수술(경비내시경포함),양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭재건술	C141	1
	133. 복잡결막수술	C142	1
	134. 단순결막수술	C143	1
기타 안구외 수술	135. 기타안구외수술	C150	1
내이 수술	136. 귀이식술	D011	5
	137. 주요내이수술	D012	3
	138. 단순내이수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기수술	D021	2
	140. 유양돌기수술	D022	2
	141. 고실수술	D023	2
	142. 이소골재건술	D024	2

	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요외이및귀수술	D031	1
	146. 단순외이및귀수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀및두개저악성종양수술	D041	7
	148. 비강,부비동,비인강악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동개방수술(한개,한쪽)	D051	1
	150. 부비동개방수술(한개,양쪽)	D052	1
	151. 부비동개방수술(여러개,한쪽)	D053	1
	152. 부비동개방수술(여러개,양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을이용한부비동수술(한개,한쪽)	D061	1
	154. 내시경을이용한부비동수술(한개,양쪽)	D062	1
	155. 내시경을이용한부비동수술(여러개,한쪽)	D065	1
	156. 복잡내시경을이용한부비동수술(여러개,한쪽)	D066	1
	157. 내시경을이용한부비동수술(여러개,양쪽)	D067	1
	158. 복잡내시경을이용한부비동수술(여러개,양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요코수술	D081	1
	160. 비중격및비갑개수술	D082	1
	161. 단순코수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강및타액선악성종양수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요후두및인두악성종양수술(경동맥소체포함)	D101	7
	164. 단순후두및인두악성종양수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술,한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술,양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절수술	D121	2
	168. 주요안면골수술	D122	2
	169. 단순안면골수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선및설하선수술	D142	2
	173. 기타타액선수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요편도및아데노이드수술	D161	1
	177. 단순편도및아데노이드수술	D162	1
구강,인후두수술	178. 주요구강및인두,후두수술	D171	1
	179. 단순구강및인두,후두수술	D172	1
기타이비인후,구강질환수술	180. 기타이비인후,구강질환수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관및기관지수술	E011	7
	182. 주요폐수술(악성종양의경우)	E012	7
	183. 주요폐수술(악성종양제외)	E013	7
	184. 기타폐수술	E014	7
	185. 종격동수술	E015	7
	186. 주요흉곽수술	E016	7
	187. 기타흉곽수술	E017	3
	188. 흉강경을이용한주요수술	E018	7
	189. 흉강경을이용한기타수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경및방사선하수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군수술	E032	1
	192. 호흡기계기타단순수술	E033	1

	193. 기타호흡기계수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기설치술또는제거술	F011	5
	197. 자동체내제세동기교정술	F012	5
심장판막수술 (심도자술사용)	198. 대동맥판수술(심도자술사용)	F021	8
	199. 승모판또는삼첨판수술(심도자술사용)	F022	8
	200. 폐동맥판수술(심도자술사용)	F023	8
심장판막수술 (심도자술미사용)	201. 대동맥판수술(심도자술미사용)	F031	8
	202. 승모판또는삼첨판수술(심도자술미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판수술(심도자술미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥우회로조성술(심도자술사용,인공심장폐장치사용)	F041	8
	205. 관상동맥우회로조성술(심도자술미사용,인공심장폐장치사용)	F042	8
	206. 관상동맥우회로조성술(심도자술사용,인공심장폐장치미사용)	F043	8
	207. 관상동맥우회로조성술(심도자술미사용,인공심장폐장치미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타심흉부수술(인공심장폐장치사용)	F053	7
	209. 기타심흉부수술(인공심장폐장치미사용)	F054	5
주요혈관복구수술 (인공심장폐장치사용)	210. 파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치사용)	F061	8
	211. 비파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치사용)	F062	8
	212. 기타주요혈관복구수술(인공심장폐장치사용)	F063	8
주요혈관복구수술 (인공심장폐장치미사용)	213. 파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치미사용)	F071	8
	214. 비파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치미사용)	F072	8
	215. 기타주요혈관복구수술(인공심장폐장치미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥및장골동맥류경피적수술(파열미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥및장골동맥류경피적수술(파열동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류경피적수술	F083	4
	219. 대동맥박리경피적수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증경피적수술	F091	4
	221. 대정맥필터설치를위한경피적수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관심방중격결손폐쇄술	F101	4
	223. 경도관동맥관개존증폐쇄술	F102	4
	224. 기타경도관심장결손폐쇄술	F103	4
급성심근경색증의 경피적관상동맥수술 (심각한합병증동반)	225. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증동반,단일혈관)	F111	4
	226. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증동반,다발혈관)	F112	4
급성심근경색증의 경피적관상동맥수술 (심각한합병증미동반)	227. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증미동반,단일혈관)	F121	4
	228. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증미동반,다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술(단일혈관,만성폐쇄성병변의경우제외)	F133	4
	230. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술(단일혈관,만성폐쇄성병변의경우포함)	F134	4
	231. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술	F135	4

	(다발혈관,만성폐쇄성병변의경우제외)		
	232. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술 (다발혈관,만성폐쇄성병변의경우포함)	F136	4
부정맥의경피적수술 (3차원지도화기능포함)	233. 심실빈맥전극도자절제술(3차원지도화기능포함)	F141	4
	234. 심방세동전극도자절제술(3차원지도화기능포함)	F142	4
	235. 발작성심실상빈맥및심방조동전극도자절제술 (3차원지도화기능포함)	F143	4
부정맥의경피적수술 (3차원지도화기능 미포함)	236. 심실빈맥전극도자절제술(3차원지도화기능미포함)	F151	4
	237. 심방세동전극도자절제술(3차원지도화기능미포함)	F152	4
	238. 발작성심실상빈맥및심방조동전극도자절제술 (3차원지도화기능미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막 성형술	239. 경피적승모판풍선판막성형술	F161	4
	240. 경피적대동맥또는폐동맥풍선판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥기형의경피적색전술(두경부제외)	F181	4
	242. 관상동맥및폐동맥기형의경피적색전술(두경부제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥색전증및혈전증의경피적수술	F192	4
	244. 말초동맥동맥류및박리의경피적수술	F193	4
	245. 말초동맥만성폐쇄성질환의경피적수술,여러개	F194	4
	246. 말초동맥만성폐쇄성질환의경피적수술,한개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타경피적심혈관수술	F200	4
체내심박조율기설치술 (급성심근경색증, 심부전,쇼크의경우)	248. 영구적심박조율기설치술	F211	5
	249. 영구적심박조율기교환술	F212	5
	250. 심박조율기제거및전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타혈관복구수술	F220	2
순환장애절단술(수족부제외)	252. 순환장애절단술(수족부제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환장애수족부절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류광범위절제술(여러개)	F253	1
	255. 정맥류광범위절제술(한개)	F254	1
	256. 정맥류국소절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타순환기계수술	F260	1
식도 수술	258. 식도악성종양근치수술및식도재건술	G011	7
	259. 기타주요식도수술	G012	5
	260. 기타단순식도수술	G013	4
직장절제술 (림프절절제동반)	261. 복강경을이용한직장절제술(림프절절제동반)	G021	7
	262. 개복에의한직장절제술(림프절절제동반)	G022	7
직장절제술 (림프절절제미동반)	263. 복강경을이용한직장절제술(림프절절제미동반)	G031	7
	264. 개복에의한직장절제술(림프절절제미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문및경천골접근직장절제술(악성종양의경우)	G041	7
	266. 경항문및경천골접근직장절제술(악성종양제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요십이지장수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도정맥류수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을이용한위전절제술	G071	7
	270. 개복에의한위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을이용한위아전절제술	G081	7
	272. 개복에의한위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을이용한기타위절제술	G091	5
	274. 개복에의한기타위절제술	G092	5
	275. 복강경을이용한기타설상절제술	G093	5
	276. 개복에의한기타설상절제술	G094	5

소화성 궤양 수술	277. 복강경을이용한소화성궤양수술	G101	4
	278. 개복에의한소화성궤양수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을이용한기타위및식도수술	G111	4
	280. 개복에의한기타위및식도수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을이용한결장및직장전절제술	G121	7
	282. 개복에의한결장및직장전절제술	G122	7
결장절제술 (림프절절제동반)	283. 복강경을이용한결장절제술(림프절절제동반)	G131	7
	284. 개복에의한결장절제술(림프절절제동반)	G132	7
결장절제술 (림프절절제미동반)	285. 복강경을이용한결장절제술(림프절절제미동반)	G141	5
	286. 개복에의한결장절제술(림프절절제미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을이용한기타대장수술	G151	4
	288. 개복에의한기타대장수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을이용한주요소장및장간막수술	G171	5
	290. 개복에의한주요소장및장간막수술	G172	5
	291. 장폐쇄수술및기타장수술	G173	3
장루 수술	292. 장루수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막탈장수술	G190	4
탈장수술,서혜 및 대퇴부제외	294. 복강경을이용한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제동반)	G201	1
	295. 개복에의한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제동반)	G202	1
	296. 복강경을이용한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제미동반)	G203	1
	297. 개복에의한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을이용한충수절제술(복잡주진단의경우)	G211	3
	299. 복강경을이용한충수절제술(복잡주진단이아닌경우)	G212	3
	300. 개복에의한충수절제술(복잡주진단의경우)	G213	3
	301. 개복에의한충수절제술(복잡주진단이아닌경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을이용한재발서혜및대퇴부탈장수술,한쪽	G221	1
	303. 복강경을이용한재발서혜및대퇴부탈장수술,양쪽	G222	1
	304. 개복에의한재발서혜및대퇴부탈장수술,한쪽	G223	1
	305. 개복에의한재발서혜및대퇴부탈장수술,양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장수술(장절제동반)	306. 서혜및대퇴부탈장수술(장절제동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장수술(장절제미동반)	307. 복강경을이용한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),한쪽	G241	1
	308. 복강경을이용한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),양쪽	G242	1
개복에의한서혜및대퇴부 탈장수술 (장절제미동반)	309. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술 (장절제미동반,복잡주진단의경우),한쪽	G251	1
	310. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술 (장절제미동반,복잡주진단이아닌경우),한쪽	G252	1
	311. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수항문수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요치핵수술	G271	1
	314. 단순치핵수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요항문주위농양수술	G281	1
	316. 단순항문주위농양수술	G282	1
치루 수술	317. 주요치루수술	G291	1
	318. 단순치루수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열수술및항문협착증수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장질루수술	G311	1
	321. 직장탈출증수술및괄약근성형술(직장류교정술포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염수술	G320	1

기타 소화기계 수술	323. 기타소화기계수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계질환의혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경시술(주요소화기질환의경우)	G503	1
	326. 위내시경시술(주요소화기질환이아닌경우)	G504	1
	327. 위내시경시술,당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경시술(주요소화기질환의경우)	G523	1
	329. 결장경시술(주요소화기질환이아닌경우)	G524	1
	330. 결장경시술,당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경시술	G531	1
	332. 구불결장경시술,당일퇴원	G532	1
소화기내시경시술,화학요법을동반한경우,재원기간2일이상	333. 소화기내시경시술,화학요법을동반한경우,재원기간2일이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관협착을위한방사선하시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계질환의경피적배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요간담도복합수술	H021	7
	339. 기타간담도복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을이용한주요간절제술	H041	7
	342. 개복에의한주요간절제술	H042	7
	343. 복강경을이용한기타간절제술	H043	5
	344. 개복에의한기타간절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을이용한간수술	H051	4
	346. 개복에의한간수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계질환치료를위한단락술	H060	4
담도절제술 (림프절절제동반)	348. 복강경을이용한담도절제술(림프절절제동반)	H071	7
	349. 개복에의한담도절제술(림프절절제동반)	H072	7
담도절제술 (림프절절제미동반)	350. 복강경을이용한담도절제술(림프절절제미동반)	H081	5
	351. 개복에의한담도절제술(림프절절제미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을이용한주요담도수술	H091	5
	353. 개복에의한주요담도수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을이용한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술동반)	H101	4
	355. 개복에의한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술동반)	H102	4
	356. 복강경을이용한담낭절제술(총수담관탐구술동반)	H103	4
	357. 개복에의한담낭절제술(총수담관탐구술동반)	H104	4
	358. 복강경을이용한담낭절제술(경피적담낭조루술동반)	H105	4
	359. 개복에의한담낭절제술(경피적담낭조루술동반)	H106	4
	360. 복강경을이용한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술미동반)	H107	4
	361. 개복에의한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을이용한췌장절제술	H111	7
	363. 개복에의한췌장절제술	H112	7

췌장 수술	364. 복강경을이용한췌장수술	H121	4
	365. 개복에의한췌장수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경시술	H142	3
	367. 담석제거를위한체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타간담도및췌장수술	H144	3
	369. 경피적담관경시술	H145	3
	370. 경피적담관시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적혈관시술(간의악성종양제외)	H152	3
	372. 담도협착을위한경피적시술	H154	3
	373. 담석제거를위한경피적시술	H155	3
	374. 경피적혈관시술(간의악성종양의경우),소작술동반	H156	6
	375. 경피적혈관시술(간의악성종양의경우),소작술미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성정맥류에대한내시경시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의경피적치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도및췌장질환의경피적배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽또는복수주요관절수술(치환술의경우)	I011	4
	380. 양쪽또는복수주요관절수술(치환술제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절전재치환술	I021	4
	382. 고관절전치환술	I022	4
	383. 고관절부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절전재치환술	I031	3
	385. 슬관절전치환술	I032	3
	386. 슬관절부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타관절전재치환술	I041	2
	388. 기타관절전치환술	I042	2
	389. 기타관절부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지재접합술	391. 혈관부착골피부판이식및사지재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내종양절제술	I061	6
	393. 척추강내병소절제술(척수병증동반)	I062	6
	394. 척추강내병소절제술(척수병증미동반)	I063	6
	395. 척추강내병소절제술(척추고정술동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기척추변형척추고정술	I071	5
	397. 성인기척추변형척추고정술(감압술동반)	I072	5
	398. 성인기척추변형척추고정술(감압술미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증미동반)	I084	2
	403. 기타척추수술(척수병증동반)	I085	1
	404. 기타척추수술(척수병증미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추중재시술(뼈에시행한경우)	I091	1
	406. 척추중재시술(신경에시행한경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기및약물주입펌프의설치술또는교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기및약물주입펌프의시험적거치술또는제거술	I102	1
절단술	409. 주요절단술	I111	7

	410. 기타절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의광범위절제술(재건술동반)	I121	7
	412. 골악성종양의광범위절제술(골반골,대퇴골,하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의광범위절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의소파술또는절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염및농양수술(골반골,대퇴골,하퇴골,상완골,전완골,쇄골)	I131	2
	416. 골수염및농양수술(기타)	I132	1
	417. 근농양배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽또는복수고관절및대퇴부수술	I141	3
	419. 한쪽고관절및대퇴부수술	I142	2
상완골,경골및비골수술	420. 상완골,경골및비골수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개수술	I181	1
	424. 관절와순수술	I182	1
	425. 복수진단견부수술	I183	1
	426. 기타견부수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대수술	I191	1
	428. 반달연골수술,양쪽	I192	1
	429. 반달연골수술,한쪽	I193	1
	430. 기타슬관절수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절및전완부수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부및족관절힘줄인대수술	I211	1
	433. 족관절골연골병변수술	I212	1
	434. 기타족부및족관절수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요완관절및수부수술	I251	1
	437. 단순완관절및수부수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관조직이식	I261	3
	439. 기타피판술	I262	2
	440. 피부및지방이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한연조직수술	I271	1
	442. 주요연조직수술	I272	1
	443. 단순연조직수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반및비구골절수술	I281	3
	445. 대퇴부골절수술	I282	3
	446. 슬관절및하퇴골골절수술	I283	3
	447. 족관절및족부골절수술	I284	2
	448. 견부및상완골골절수술	I285	3
	449. 전완부골절수술	I286	2
	450. 수부골절수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타결합조직수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡양쪽또는복수인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡인공관절전재치환술,주요(고관절,슬관절)	I302	4
	454. 복잡인공관절전재치환술,기타(견관절,주관절,족관절)	I303	2
	455. 복잡인공관절전치환술,주요(고관절,슬관절)	I304	4
	456. 복잡인공관절전치환술,기타(견관절,주관절,족관절)	I305	2
	457. 복잡인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡척추고정술	I311	4

	459. 복잡척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡관절고정술	I322	2
	462. 복잡사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡가관절수술	I324	2
	464. 복잡반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡골수염및농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계질환의경피적배액술	I500	1
피부,피하조직및유방질환에 대한 미세혈관조직이식	468. 피부,피하조직및유방질환에대한미세혈관조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양,봉소염의경우)	469. 피판술(피부궤양,봉소염의경우)	J021	2
	470. 피부이식술(피부궤양,봉소염의경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양,봉소염제외)	471. 피판술(피부궤양,봉소염제외)	J031	2
	472. 피부이식술(피부궤양,봉소염제외)	J032	2
기타피부, 피하조직수술	473. 피부및연조직악성종양적제술	J041	4
	474. 피부및연조직수술	J042	1
	475. 기타피부,피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을이용한유방재건술	J051	3
	477. 보형물을이용한유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를이용한단순유방수술	J071	1
	482. 절개에의한단순유방수술	J072	1
액와 수술	483. 액와수술(악성종양의경우)	J081	4
	484. 액와수술(악성종양제외)	J082	1
기타유방 및 액와수술	485. 기타유방 및 액와수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문주위및모소수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비,영양 및 대사장애절단술	488. 내분비,영양및대사장애절단술(수족부제외)	K011	7
	489. 내분비,영양및대사장애수족부절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부종양절제술	K021	8
	491. 복잡경비적뇌하수체종양절제술	K023	8
	492. 단순경비적뇌하수체종양절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을이용한부신수술	K031	4
	494. 개복에의한부신수술	K032	4
내분비,영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비,영양및대사장애유리피판술	K041	2
	496. 내분비,영양및대사장애기타피판술	K042	2
	497. 내분비,영양및대사장애피부이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을이용한부갑상선수술	K051	2
	499. 절개에의한부갑상선수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	500. 주요갑상선악성종양수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요갑상선악성종양수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	502. 주요갑상선악성종양제외수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요갑상선악성종양제외수술(한쪽)	K076	2

기타 갑상선 수술	504. 기타갑상선수술	K080	1
기타내분비,영양및대사장애수술	505. 복강경을이용한비만대사수술	K091	1
	506. 개복에의한비만대사수술	K092	1
	507. 기타내분비,영양및대사장애수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석도관삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요신장,신우및요관신생물수술	L021	7
	510. 기타신장,신우및요관신생물수술	L022	7
	511. 주요방광및골반신생물수술	L023	7
	512. 기타방광,골반및요도신생물수술	L024	5
	513. 경요도요관및방광신생물수술	L025	4
	514. 전립선신생물수술	L026	4
	515. 복강경을이용한신장및비뇨기계신생물수술	L027	7
신장 및 신우 수술	516. 복강경을이용한신장및신우수술	L031	4
	517. 개복에의한신장및신우수술	L032	4
	518. 경피적신장및신우수술,한쪽	L033	3
	519. 경피적신장및신우수술,양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에의한방광수술	L051	4
	522. 경피적방광수술	L052	2
	523. 경요도방광수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선수술	L060	2
요도 수술	525. 주요요도수술	L071	1
	526. 요도경하요도수술	L072	1
	527. 기타요도수술	L073	1
	528. 복잡요실금수술	L074	1
	529. 단순요실금수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을이용한요로결석수술	L081	4
	531. 신장,신우및요관결석수술	L082	4
	532. 경요도적요관결석수술	L083	2
	533. 방광및요도결석수술	L084	4
	534. 연성내시경하수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석제거를위한체외충격파쇄석술,복잡	L091	1
	536. 요로결석제거를위한체외충격파쇄석술,단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장및비뇨기질환의신경자극기설치술	L101	3
	538. 신장및비뇨기질환의시험적거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도요로질환수술	L111	1
	540. 외상및감염성요로질환수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타신장및비뇨기질환의경피적시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을위한단락또는동정맥루조성술	L131	2
	543. 혈액투석동정맥루의경피적수술,복잡	L132	2
	544. 혈액투석동정맥루의경피적수술,단순	L133	2
	545. 기타신장및비뇨기계시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장및비뇨기질환의경피적배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장및비뇨기질환의경피적경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성골반수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요전립선적출술	M021	4

	551. 기타전립선적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타전립선수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡음경수술	M041	1
	554. 단순음경수술	M042	1
	555. 페이로니병수술	M043	1
포경 수술	556. 포경수술	M050	1
요도 수술	557. 주요요도수술	M061	1
	558. 단순요도수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡음낭수술	M071	1
	560. 단순음낭수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을이용한복잡고환수술	M081	4
	562. 개복에의한복잡고환수술	M082	4
	563. 단순고환수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을이용한정계정맥류	M091	4
	565. 개복에의한정계정맥류	M092	4
	566. 고환및생식기적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타남성생식기계시술(악성종양의경우)	M101	4
	568. 기타남성생식기계시술(악성종양제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경시술	M500	1
자궁수술 (악성종양의경우)	570. 복강경을이용한자궁수술(악성종양의경우)	N011	7
	571. 개복에의한자궁수술(악성종양의경우)	N012	7
주요자궁절제술 (악성종양제외)	572. 복강경을이용한주요자궁절제술(악성종양제외)	N021	2
	573. 개복에의한주요자궁절제술(악성종양제외)	N022	2
단순자궁수술 (악성종양제외)	574. 복강경을이용한단순자궁수술(악성종양제외)	N031	2
	575. 개복에의한단순자궁수술(악성종양제외)	N032	2
난소및부속기수술 (악성종양의경우)	576. 복강경을이용한난소및부속기수술(악성종양의경우)	N041	7
	577. 개복에의한난소및부속기수술(악성종양의경우)	N042	7
난소수술 (악성종양제외)	578. 복강경을이용한난소수술(악성종양제외)	N051	2
	579. 개복에의한난소수술(악성종양제외)	N052	2
부속기수술 (악성종양제외)	580. 복강경을이용한부속기수술(악성종양제외)	N061	2
	581. 개복에의한부속기수술(악성종양제외)	N062	2
자궁경부,질및외음부수술 (악성종양의경우)	582. 복강경을이용한자궁경부,질및외음부수술(악성종양의경우)	N071	6
	583. 개복에의한자궁경부,질및외음부수술(악성종양의경우)	N072	6
자궁경부,질및외음부수술 (악성종양제외)	584. 복강경을이용한자궁경부,질및외음부수술(악성종양제외)	N081	1
	585. 자궁경부,질및외음부수술(악성종양제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을이용한기타골반수술	N091	1
	587. 개복에의한기타골반수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을이용한주요여성생식기계복원술	N101	1
	589. 개복에의한주요여성생식기계복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타여성생식기계복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을이용한기타여성생식기계수술	N161	1
	595. 개복에의한기타여성생식기계수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계경피적혈관수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반제왕절개분만(단태아)	O011	1

	598. 고위험제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만시도후제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만시도후제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을이용한자궁외임신주요수술	O081	4
	604. 개복에의한자궁외임신주요수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을이용한자궁외임신기타수술	O091	4
	606. 개복에의한자궁외임신기타수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련장애(수술시행)	608. 분만및유산후관련장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술및흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만및유산관련자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의복강경을이용한비장절제술	Q012	4
	612. 성인의개복에의한비장절제술	Q013	4
림프종및백혈병(주요수술시행)	613. 림프종및백혈병(주요수술시행)	R010	4
기타신생물질환(주요수술시행)	614. 기타신생물질환(주요수술시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성중요외상치료목적의개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성중요외상치료목적의근골격계주요수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성중요외상치료목적의복부수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성중요외상치료목적의기타수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지손상의미세혈관조직이식	X011	3
	620. 하지손상의국소피판및피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부손상의미세혈관조직이식	X021	3
	622. 수부손상의국소피판및피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타손상의미세혈관조직이식및피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지손상의골및관절수술	X041	2
	625. 하지손상의기타수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부손상의골및관절수술	X051	2
	627. 수부손상의기타수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타손상의수술	X060	1
중증화상(피부이식동반)	629. 중증화상(피부이식동반)	Y010	5
중등도화상(피부이식혹은흡입손상을동반)	630. 중등도화상(피부이식혹은흡입손상동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

1. 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

[예시] 「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

2. 아래 표에 기재된 「ADRG」

수술시술코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)

H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)

T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

3. 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”
 - Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시] 거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ “960 DRG”라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 “수술시술코드”는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호,2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표59】부목치료 대상 수가코드 분류표

1. 부목치료(Splint Cast)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상치료	수가코드
1. 부목-장상지[상완으로부터 수부까지]	T6151
2. 부목-단상지[전완으로부터 수부까지]	T6152
3. 부목-장하지[대퇴로부터 족부까지]	T6153
4. 부목-단상지[하퇴로부터 족부까지]	T6154
5. 부목-수지부	T6155

2. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표60】 심혈관질환 분류표

약관에 규정하는 심혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
7. 발작성 빈맥	I47
8. 심방세동 및 조동	I48
9. 기타 심장부정맥	I49
10. 심부전	I50
11. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표61】심혈관특정질환Ⅰ 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환Ⅰ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	I25
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 기타 심장부정맥	I49
7. 심부전	I50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표62】심혈관특정질환Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
4. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표63】철결핍빈혈 분류표

약관에 규정하는 철결핍빈혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
철결핍빈혈	D50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표64】 엽산결핍빈혈 분류표

약관에 규정하는 엽산결핍빈혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
엽산결핍빈혈	D52

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표65】스마트기기・컴퓨터관련 특정질환 분류표

약관에 규정하는 스마트기기・컴퓨터관련 특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
눈 및 눈 부속기의 질환	1. 눈꺼풀의 기타 염증	H01
	2. 눈꺼풀의 기타 장애	H02
	3. 달리 분류된 질환에서의 눈꺼풀의 장애	H03
	4. 눈물계통의 장애	H04
	5. 안와의 장애	H05
	6. 달리 분류된 질환에서의 눈물계통 및 안와의 장애	H06
	7. 결막의 장애	H10~H13
	8. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
	9. 수정체의 장애	H25~H28
	10. 맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
	11. 녹내장	H40~H42
	12. 유리체 및 안구의 장애	H43~H45
	13. 시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
	14. 마비성 사시	H49
	15. 기타 사시	H50
	16. 양안운동의 기타 장애	H51
	17. 시각장애 및 실명	H53~H54
	18. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55~H59
신경계통 질환	팔의 단일신경병증	G56
근육골격계통 질환	1. 기타 관절연골장애	M24.1
	2. 인대장애	M24.2
	3. 관절통	M25.5
	4. 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
	5. 결합조직의 기타 전신침범	M35
	6. 경추상완증후군	M53.1
	7. 근육 장애	M60~M63
	8. 윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
	9. 기타 연조직장애	M70~M79

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표66】온열질환 분류표

약관에 규정하는 온열질환으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 일사병 및 열사병	T67.0
2. 열실신	T67.1
3. 열경련	T67.2
4. 탈수성 열탈진	T67.3
5. 염분 상실에 의한 열탈진	T67.4
6. 상세불명의 열탈진	T67.5
7. 일과성 열피로	T67.6
8. 열성 부종	T67.7
9. 열 및 빛의 기타 영향	T67.8
10. 열 및 빛의 상세불명의 영향	T67.9

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표67】한랭질환 분류표

약관에 규정하는 한랭질환으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 표재성 동상	T33
2. 조직괴사를 동반한 동상	T34
3. 여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
4. 저체온증	T68
5. 저하된 온도의 기타 영향	T69

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표68】특정감염병 분류표

약관에 규정하는 특정감염병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 뎅기열	A97.0~A97.9
2. 웨스트나일열	A92.3
3. 쯔쯔가무시증	A75.3
4. 라임병	A69.2
5. 말라리아	B50~B54, P37.3~P37.4
6. 일본뇌염	A83.0
7. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)	A93.8
8. 비브리오패혈증	A41.52

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표69】위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표

약관에 규정하는 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분류번호
위·십이지장	위의 양성신생물	D13.1
	십이지장의 양성신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표70】5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표71】「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

주1) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2배를 적용합니다.

주2) 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표72】송달료 규칙에 정한 송달료

	심급		송달료 한도
민사소송	1심	민사소액	104,000원
		민사단독	156,000원
		민사합의	156,000원
	항소심		124,800원
	상고심		83,200원
행정소송	1심		104,000원
	항소심		104,000원
	상고심		83,200원

주) 대법원이 정한 송달료 규칙 또는 송달료 1회분의 기준이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표73】소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	소송비용에 산입되는 비율 또는 산입액
300 만원까지 부분	30 만원
300 만원을 초과하여 2,000 만원까지 부분 [30 만원 + (소송목적의 값 − 300 만원) × (10/100)]	10%
2,000 만원을 초과하여 5,000 만원까지 부분 [200 만원 + (소송목적의 값 − 2,000 만원) × (8/100)]	8%
5,000 만원을 초과하여 1 억원까지 부분 [440 만원 + (소송목적의 값 − 5,000 만원) × (6/100)]	6%
1 억원을 초과하여 1 억 5 천만원까지 부분 [740 만원 + (소송목적의 값 − 1 억원) × (4/100)]	4%
1 억 5 천만원을 초과하여 2 억원까지 부분 [940 만원 + (소송목적의 값 − 1 억 5 천만원)×(2/100)]	2%
2 억원을 초과하여 5 억원까지 부분 [1,040 만원 + (소송목적의 값 − 2 억원) × (1/100)]	1%
5 억원을 초과하는 부분 [1,340 만원+ (소송목적의 값 − 5 억원) × (0.5/100)]	0.5%

주) 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표74】뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌손상 또는 내장손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

상해명	대 상 상 병	분류번호
1.뇌손상	**[두개골 및 안면골의 골절]**	
	1.두개원개의 골절	S02.0
	2.두개저의 골절	S02.1
	3.안와바닥의 골절	S02.3
	4.두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	5.기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6.두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	
	1.미만성 뇌손상	S06.2
	2.경막외출혈	S06.4
	3.외상성 경막하출혈	S06.5
	4.외상성 거미막하출혈	S06.6
	5.지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	6.기타 두개내손상	S06.8
	7.상세불명의 두개내손상	S06.9
	[머리의 으깸손상]	
	1.두개골의 으깸손상	S07.1
	2.머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1.머리의 기타 부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
	2.머리의 다발손상	S09.7
2.내장손상	**[심장의 손상]**	
	1.혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	2.심장의 기타 손상	S26.8
	3.심장의 상세불명 손상	S26.9
	[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]	
	1.폐의 기타 손상	S27.3
	2.기관지의 손상	S27.4
	3.흉부기관의 손상	S27.5
	4.흉막의 손상	S27.6
	5.흉곽내기관의 다발손상	S27.7
	6.기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.8
	7.상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27.9
	[흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단]	S28

상해명	대 상 상 병	분류번호
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35
	[복강내기관의 손상]	
	1.비장의 손상	S36.0
	2.간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3.췌장의 손상	S36.2
	4.위의 손상	S36.3
	5.소장의 손상	S36.4
	6.결장의 손상	S36.5
	7.직장의 손상	S36.6
	8.다발성 복강내기관의 손상	S36.7
	9.기타 복강내기관의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반 기관의 손상]	
	1.신장의 손상	S37.0
	2.요관의 손상	S37.1
	3.방광의 손상	S37.2
	4.요도의 손상	S37.3
	5.난소의 손상	S37.4
	6.난관의 손상	S37.5
	7.자궁의 손상	S37.6
	8.다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9.기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단]	S38
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표75】학교폭력피해 보호조치 분류표

약관에 규정하는 피해학생에 대한 보호조치‘는 「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」 제16조(피해학생의 보호) 제1항에서 정한 조치 중 다음의 조치를 말합니다.

피해학생에 대한 보호조치
1. 학내외 전문가에 의한 심리상담 및 조언 2. 치료 및 치료를 위한 요양

【별표76】정신질환 Ⅰ 분류표

약관에 규정하는 정신질환 Ⅰ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 우울에피소드	F32
2. 재발성 우울장애	F33
3. 광장공포증	F40.0
4. 공황장애(간헐 발작성 불안)	F41.0
5. 범불안장애	F41.1
6. 외상후 스트레스장애	F43.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표77】정신질환Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 정신질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 조증에피소드	F30
2. 양극성 정동장애	F31
3. 강박장애	F42

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표78】정신질환Ⅲ 분류표

약관에 규정하는 정신질환Ⅲ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 조현병	F20
2. 지속적 망상장애	F22
3. 조현정동장애	F25

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표79】갑상선기능저하증 분류표

약관에 규정하는 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
2. 의약품 및 기타 외인성 물질에 의한 갑상선기능저하증	E03.2
3. 감염후 갑상선기능저하증	E03.3
4. 갑상선의 위축(후천성)	E03.4
5. 점액부종혼수	E03.5
6. 기타 명시된 갑상선기능저하증	E03.8
7. 상세불명의 갑상선기능저하증	E03.9
8. 자가면역성 갑상선염	E06.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표80】갑상선기능항진증 분류표

약관에 규정하는 갑상선기능항진증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표81】척추질환 분류표

약관에 규정하는 척추질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
척주의 악성 신생물	C41.2
골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 악성 신생물	C41.4
척수막의 악성 신생물	C70.1
척수의 악성 신생물	C72.0
말총의 악성 신생물	C72.1
척주의 양성 신생물	D16.6
골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 양성 신생물	D16.8
척수막의 양성 신생물	D32.1
척수의 양성 신생물	D33.4
척수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42.1
척수의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43.4
척추내 농양 및 육아종	G06.1
말총증후군(Cauda equina syndrome)	G83.4
척수의 기타 질환	G95
척주후만증 및 척주전만증	M40
척주측만증	M41
척추골연골증	M42
기타 변형성 등병증	M43
강직척추염	M45
기타 염증성 척추병증	M46
척추증	M47
[G55.2* : 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-†)]	[G55.2*]
기타 척추병증	M48
달리 분류된 질환에서의 척추병증	M49
[A18.00†: 척추의 결핵(M49.0*)]	[A18.00†]
경추간판장애	M50
기타 추간판장애	M51
[G55.1* : 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M50-M51†)]	[G55.1*]
달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
등통증	M54
[G55.3* : 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박 (M45-M46†,M48.-†,M53-M54†)]	[G55.3*]
달리 분류되지 않은 척추후궁절제후증후군	M96.1
척추후궁절제후 척주후만증	M96.3
(척추)부분탈구복합	M99.1

대 상 질 병	분류번호
신경관의 부분탈구성 협착	M99.2
신경관의 골성 협착	M99.3
신경관의 결합조직협착	M99.4
신경관의 추간판협착	M99.5
추간공의 골성 또는 부분탈구성 협착	M99.6
추간공의 결합조직 및 원반 협착	M99.7
목의 골절	S12
목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
경부척수의 진탕 및 부종	S14.0
경부척수의 기타 및 상세불명의 손상	S14.1
경추 신경근의 손상	S14.2
상완신경총의 손상	S14.3
흉추의 골절	S22.0
흉추의 다발골절	S22.1
흉추간판의 외상성 파열	S23.0
흉추의 탈구	S23.1
흉추의 염좌 및 긴장	S23.3
흉수의 진탕 및 부종	S24.0
흉수의 기타 및 상세불명의 손상	S24.1
흉추 신경근의 손상	S24.2
요추 및 골반의 골절	S32
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
요수의 진탕 및 부종	S34.0
요수의 기타 손상	S34.1
요추 및 천추의 신경근 손상	S34.2
말총의 손상	S34.3
요천수신경총의 손상	S34.4
척추의 상세불명 부위의 골절	T08

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표82】어린이 특정바이러스질환 분류표

약관에 규정하는 어린이 특정바이러스질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
2. 바이러스 수막염	A87
3. 볼거리(유행성이하선염)	B26
4. 돌발발진	B08.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표83】내향성손발톱 분류표

약관에 규정하는 내향성손발톱으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
내향성 손발톱	L60.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표84】수족구 분류표

약관에 규정하는 수족구로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염(수족구병)	B08.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표85】성장기특정행동발달장애 분류표

약관에 규정하는 성장기특정행동발달장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
활동성 및 주의력 장애	F90.0
만성 운동 또는 음성 틱장애	F95.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표86】성장기특정언어발달장애 분류표

약관에 규정하는 성장기언어발달장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
말하기와 언어의 특정 발달장애 말더듬(말더듬증)	F80 F98.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표87】 성장기자폐증 분류표

약관에 규정하는 성장기자폐증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
소아기 자폐증	F84.0
비정형자폐증	F84.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표88】특정상해성장기손상 분류표

약관에 규정하는 특정상해성장기손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
심장의 손상	S26
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
복강내기관의 손상	S36
비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표89】 기후재해 정신질환 분류표

약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애	F06
뇌질환, 뇌손상 및 기능이상에 의한 인격 및 행동장애	F07
상세불명의 기질성 또는 증상성 정신장애	F09
기분[정동] 장애	F30~F39
신경증성, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40~F48
식사장애	F50
비기질성 수면장애	F51
기질성 장애나 질병에 의하지 않은 성기능장애	F52
달리 분류되지 않은 산후기의 정신 및 행동 장애	F53
달리 분류된 장애나 질환에 연관된 심리적 요인 및 행동적 요인	F54
생리적 장애 및 신체적 요인과 연관된 상세불명의 행동증후군	F59

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표90】손가락·발가락 절단 수술분류표

구분	수술명
근골의 수술(筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함〕	1. 사지절단술(손가락, 발가락〕

【비 고 】

- 치료를 직접목적으로 한 수술

미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사〔생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등〕를 위한 수술등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다

【별표91】손가락·발가락 관혈 수술분류표

구분	수술명
근골의 수술(筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함〕	1. 사지골 사지관절 관혈수술(손가락, 발가락〕 2. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(손가락, 발가락〕 〔근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함〕

【비 고 】

- 치료를 직접목적으로 한 수술

미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사〔생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등〕를 위한 수술등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다

부록 : 약관에서 인용된 법령

(법령의 개정이 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.)

법령별 목차

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제11조(의사 등의 신고)

① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.
1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
3. 감염병환자등이 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우

제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)

이 영은 「국가공무원법」 및 「공휴일에 관한 법률」에 따라 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005.6.30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

제4조(임시공휴일의 지정)
제2조제11호에 따른 공휴일을 지정하려는 경우에는 국무회의의 심의를 거쳐야 한다.

개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)
① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)
① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제 <2023. 3. 14.>
④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)
① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집 · 이용 목적, 수집 · 이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 삭제 <2023. 3. 14.>
⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
⑥ 삭제 <2023. 3. 14.>
⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상 · 신념, 노동조합 · 정당의 가입 · 탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제 〈2013. 8. 6.〉

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류 · 규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

개인정보 보호법 시행령

,제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 조건을 모두 충족해야 한다.
1. 정보주체가 자유로운 의사에 따라 동의 여부를 결정할 수 있을 것
2. 동의를 받으려는 내용이 구체적이고 명확할 것
3. 그 내용을 쉽게 읽고 이해할 수 있는 문구를 사용할 것
4. 동의 여부를 명확하게 표시할 수 있는 방법을 정보주체에게 제공할 것

② 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.
1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

③ 법 제22조제2항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 개인정보의 수집 · 이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
   가. 민감정보
   나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

④ 개인정보처리자는 정보주체로부터 법 제22조제1항 각 호에 따른 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 알 수 있도록 표시해야 한다.

⑤ 법 제22조제3항 전단에서 "대통령령으로 정하는 방법"이란 서면, 전자우편, 팩스, 전화, 문자전송 또는 이에 상당하는 방법(이하 "서면등의 방법"이라 한다)을 말한다.

⑥ 중앙행정기관의 장은 제2항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.

교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중

과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조 제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법 · 금지시기 · 금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조 제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.
② 삭제 <2001. 12. 31.>

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항 관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
   마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
   나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
   다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
   마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
   바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
   사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
   아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
   가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시

하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

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

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우(격리치료 대상인 환자가 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 제외한다): 제8조제4항에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 〈2002.10.24〉

자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 〈2006.12.29〉

카. 삭제 〈2018. 12. 31.〉

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 삭제 〈2024. 7. 5.〉

하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술

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

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 〈2006.12.29〉

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

국민건강보험법

제5조(적용 대상 등)

① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.
1. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 '수급권자'라 한다)
2. 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 '유공자등 의료보호대상자'라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.
가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람
나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람

② 제1항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.
1. 직장가입자의 배우자
2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
4. 직장가입자의 형제·자매

③ 제2항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득·상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다.
1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 '요양급여'라 한다)의 범위(이하 '요양급여대상'이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다) : 제4항에 따라 보건복지부 장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제 : 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법•절차•범위•상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 '비급여대상'이라 한다)으로 정할 수 있다.

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제53조(급여의 제한)

① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.
1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 제69조제4항제2호에 따른 보수 외 소득월액보험료
2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료

④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 '급여제한기간'이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제54조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.
1. 삭제 <2020. 4. 7.>
2. 국외에 체류하는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

노동절 제정에 관한 법률

5월 1일을 노동절로 하고, 이 날을 「근로기준법」에 따른 유급휴일(有給休日)로 한다.

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 '금융상품판매업자등'이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조 제15항 제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제38조(위원의 제척·기피 및 회피)

① 조정위원회 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 분쟁조정신청사건(이하 "사건"이라 한다)의 심의·의결에서 제척(除斥)된다.
1. 위원이나 그 배우자 또는 배우자였던 사람이 해당 사건의 당사자(당사자가 법인·단체 등인 경우에는 그 임원을 포함한다. 이하 이 호 및 제2호에서 같다)가 되거나 그 사건의 당사자와 공동권리자 또는 공동의무자인 경우
2. 위원이 해당 사건의 당사자와 친족이거나 친족이었던 경우
3. 위원이 해당 사건의 당사자인 법인 또는 단체(계열회사등을 포함한다. 이하 이 항에서 같다)에 속하거나 조정신청일 전 최근 5년 이내에 속하

였던 경우
4. 위원 또는 위원이 속한 법인 또는 단체, 사무소가 해당 사건에 관하여 증언 · 법률자문 또는 손해사정 등을 한 경우
5. 위원 또는 위원이 속한 법인 또는 단체, 사무소가 해당 사건에 관하여 당사자의 대리인으로서 관여하거나 관여하였던 경우

② 당사자는 위원에게 공정한 심의 · 의결을 기대하기 어려운 사정이 있는 경우에는 조정위원회 위원장에게 기피(忌避)신청을 할 수 있으며, 조정위원회 위원장은 기피신청이 타당하다고 인정할 때에는 기피의 결정을 한다.

③ 위원이 제1항 각 호의 제척 사유에 해당하는 경우에는 스스로 그 사건의 심의 · 의결에서 회피(回避)하여야 한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 '소액분쟁사건'이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항 · 제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치 · 운영)

① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍 · 면 지역에서 보건진료소를 설치 · 운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치 · 운영한다. 다만, 시 · 구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장 · 구청장이 보건진료소를 설치 · 운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

(생략)

17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.
    가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
        1) 자동차
        2) 건설기계
        3) 원동기장치자전거
        4) 자전거
        5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기, 제21호의3에 따른 실외이동로봇 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치는 제외한다.
    나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

17의2. "노면전차"란 「도시철도법」 제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.

18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.
    가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.
        1) 승용자동차
        2) 승합자동차
        3) 화물자동차
        4) 특수자동차
        5) 이륜자동차
    나. 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계

18의2. "자율주행시스템"이란 「자율주행자동차 상용화 촉진 및 지원에 관한 법률」 제2조제1항제2호에 따른 자율주행시스템을 말한다. 이 경우 그 종류는 완전 자율주행시스템, 부분 자율주행시스템 등 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

18의3. "자율주행자동차"란 「자동차관리법」 제2조제1호의3에 따른 자율주행자동차로서 자율주행시스템을 갖추고 있는 자동차를 말한다.

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.

가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11 킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

20. "자전거"란 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.

21. "자동차등"이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.

21의2. "자전거등"이란 자전거와 개인형 이동장치를 말한다.

21의3. "실외이동로봇"이란 「지능형 로봇 개발 및 보급 촉진법」 제2조제1호에 따른 지능형 로봇 중 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

22. ~ 34. (생 략).

제12조(어린이 보호구역의 지정 · 해제 및 관리)

① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 장소의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.
1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초 · 중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집
3. 「학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원
4. 「초 · 중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립 · 운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원 · 초등학교 교과과정이 있는 학교
5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소

② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정 · 해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.

③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.

④ 시 · 도경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다.

⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다.
1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
2. 속도 제한 및 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지
3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
3의 2. 방호울타리
4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조 제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제54조(사고발생 시의 조치)

① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다.
1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
2. 피해자에게 인적 사항(성명 · 전화번호 · 주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공

② 제1항의 경우 그 차 또는 노면전차의 운전자등은 경찰공무원이 현장에 있을 때에는 그 경찰공무원에게, 경찰공무원이 현장에 없을 때에는 가장 가까운 국가경찰관서(지구대, 파출소 및 출장소를 포함한다. 이하 같다)에 다음 각 호의 사항을 지체 없이 신고하여야 한다. 다만, 차 또는 노면전차만 손괴된 것이 분명하고 도로에서의 위험방지와 원활한 소통을 위하여 필요한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 사고가 일어난 곳
2. 사상자 수 및 부상 정도
3. 손괴한 물건 및 손괴 정도
4. 그 밖의 조치사항 등

③ 제2항에 따라 신고를 받은 국가경찰관서의 경찰공무원은 부상자의 구호와 그 밖의 교통위험 방지를 위하여 필요하다고 인정하면 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)이 현장에 도착할 때까지 신고한 운전자등에게 현장에서 대기할 것을 명할 수 있다.
④ 경찰공무원은 교통사고를 낸 차 또는 노면전차의 운전자등에 대하여 그 현장에서 부상자의 구호와 교통안전을 위하여 필요한 지시를 명할 수 있다.
⑤ 긴급자동차, 부상자를 운반 중인 차, 우편물자동차 및 노면전차 등의 운전자는 긴급한 경우에는 동승자 등으로 하여금 제1항에 따른 조치나 제2항에 따른 신고를 하게 하고 운전을 계속할 수 있다.
⑥ 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)은 교통사고가 발생한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조사를 하여야 한다.

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원이하의 벌금에 처한다.

모자보건법

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준강간(準强姦)에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

② 제1항의 경우에 배우자의 사망 · 실종 · 행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.
③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

모자보건법 시행령

제15조(인공임신중절수술의 허용한계)

① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.
② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.
③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

민법

제27조(실종의 선고)

①부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
②전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제755조(감독자의 책임)

① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나

중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.<개정 1991.12.31.>

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

제735조의3(단체보험)

① 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우에는 제731조를 적용하지 아니한다.
② 제1항의 보험계약이 체결된 때에는 보험자는 보험계약자에 대하여서만 보험증권을 교부한다.
③ 제1항의 보험계약에서 보험계약자가 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자를 보험수익자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 그 피보험자의 제731조제1항에 따른 서면 동의를 받아야 한다.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

보험업감독규정

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의 2 제3항 제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조 제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업
6. 특별법에 따라 설립된 기관
7. 제7-49조제2호가목1)에 해당하는 단체

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~18. (생략)
19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
    가. 국가
    나. 한국은행
    다. 대통령령으로 정하는 금융기관
    라. 주권상장법인
    마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

보험업법 시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조 제19호 각 목외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항 제15호에 해당하는 자
4. 제3항 제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조 제19호 다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조 제19호 마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회(이하 “보험협회”라 한다.), 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관(이하 “보험요율 산출기관”이라 한다.) 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
    가. 외국 정부
    나. 조약에 따라 설립된 국제기구
    다. 외국 중앙은행
    라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

산업재해보상보험법

제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등)

① 보험급여의 종류는 다음 각 호와 같다. 다만, 진폐에 따른 보험급여의 종류는 제1호의 요양급여, 제4호의 간병급여, 제7호의 장례비, 제8호의 직업재활급여, 제91조의3에 따른 진폐보상연금 및 제91조의4에 따른 진폐유족연금으로 하고, 제91조의12에 따른 건강손상자녀에 대한 보험급여의 종류는 제1호의 요양급여, 제3호의 장해급여, 제4호의 간병급여, 제7호의 장례비, 제8호의 직업재활급여로 한다.
1. 요양급여
2. 휴업급여
3. 장해급여
4. 간병급여
5. 유족급여
6. 상병(傷病)보상연금
7. 장례비

8. 직업재활급여

② 제1항에 따른 보험급여는 제40조, 제52조부터 제57조까지, 제60조부터 제62조까지, 제66조부터 제69조까지, 제71조, 제72조, 제91조의3 및 제91조의4에 따른 보험급여를 받을 수 있는 사람(이하 "수급권자"라 한다)의 청구에 따라 지급한다.

③ 보험급여를 산정하는 경우 해당 근로자의 평균임금을 산정하여야 할 사유가 발생한 날부터 1년이 지난 이후에는 매년 전체 근로자의 임금 평균액의 증감률에 따라 평균임금을 증감하되, 그 근로자의 연령이 60세에 도달한 이후에는 소비자물가변동률에 따라 평균임금을 증감한다. 다만, 제6항에 따라 산정한 금액을 평균임금으로 보는 진폐에 걸린 근로자에 대한 보험급여는 제외한다.

④ 제3항에 따른 전체 근로자의 임금 평균액의 증감률 및 소비자물가변동률의 산정 기준과 방법은 대통령령으로 정한다. 이 경우 산정된 증감률 및 변동률은 매년 고용노동부장관이 고시한다.

⑤ 보험급여(진폐보상연금 및 진폐유족연금은 제외한다)를 산정할 때 해당 근로자의 근로 형태가 특이하여 평균임금을 적용하는 것이 적당하지 아니하다고 인정되는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 산정 방법에 따라 산정한 금액을 평균임금으로 한다.

⑥ 보험급여를 산정할 때 진폐 등 대통령령으로 정하는 직업병으로 보험급여를 받게 되는 근로자에게 그 평균임금을 적용하는 것이 근로자의 보호에 적당하지 아니하다고 인정되면 대통령령으로 정하는 산정 방법에 따라 산정한 금액을 그 근로자의 평균임금으로 한다.

⑦ 보험급여(장례비는 제외한다)를 산정할 때 그 근로자의 평균임금 또는 제3항부터 제6항까지의 규정에 따라 보험급여의 산정 기준이 되는 평균임금이 「고용정책 기본법」 제17조의 고용구조 및 인력수요 등에 관한 통계에 따른 상용근로자 5명 이상 사업체의 전체 근로자의 임금 평균액의 1.8배(이하 "최고 보상기준 금액"이라 한다)를 초과하거나, 2분의 1(이하 "최저 보상기준 금액"이라 한다)보다 적으면 그 최고 보상기준 금액이나 최저 보상기준 금액을 각각 그 근로자의 평균임금으로 하되, 최저 보상기준 금액이 「최저임금법」 제5조제1항에 따른 시간급 최저임금액에 8을 곱한 금액(이하 "최저임금액"이라 한다)보다 적으면 그 최저임금액을 최저 보상기준 금액으로 한다. 다만, 휴업급여 및 상병보상연금을 산정할 때에는 최저 보상기준 금액을 적용하지 아니한다.

⑧ 최고 보상기준 금액이나 최저 보상기준 금액의 산정방법 및 적용기간은 대통령령으로 정한다. 이 경우 산정된 최고 보상기준 금액 또는 최저 보상기준 금액은 매년 고용노동부장관이 고시한다.

제40조(요양급여)

① 요양급여는 근로자가 업무상의 사유로 부상을 당하거나 질병에 걸린 경우에 그 근로자에게 지급한다.

② 제1항에 따른 요양급여는 제43조제1항에 따른 산재보험 의료기관에서 요양을 하게 한다. 다만, 부득이한 경우에는 요양을 갈음하여 요양비를 지급할 수 있다.

③ 제1항의 경우에 부상 또는 질병이 3일 이내의 요양으로 치유될 수 있으면 요양급여를 지급하지 아니한다.

④ 제1항의 요양급여의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 진찰 및 검사
2. 약제 또는 진료재료와 의지(義肢)나 그 밖의 보조기의 지급
3. 처치, 수술, 그 밖의 치료
4. 재활치료
5. 입원
6. 간호 및 간병
7. 이송
8. 그 밖에 고용노동부령으로 정하는 사항

⑤ 제2항 및 제4항에 따른 요양급여의 범위나 비용 등 요양급여의 산정 기준은 고용노동부령으로 정한다.

⑥ 업무상의 재해를 입은 근로자가 요양할 산재보험 의료기관이 제43조제1항제2호에 따른 상급종합병원인 경우에는 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자이거나 그 밖에 부득이한 사유가 있는 경우를 제외하고는 그 근로자가 상급종합병원에서 요양할 필요가 있다는 의학적 소견이 있어야 한다.

제43조(산재보험 의료기관의 지정 및 지정취소 등)

① 업무상의 재해를 입은 근로자의 요양을 담당할 의료기관(이하 "산재보험 의료기관"이라 한다)은 다음 각 호와 같다.

1. 제11조제2항에 따라 공단에 두는 의료기관
2. 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원
3. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관과 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소(「지역보건법」 제12조에 따른 보건의료원을 포함한다. 이하 같다)로서 고용노동부령으로 정하는 인력·시설 등의 기준에 해당하는 의료기관 또는 보건소 중 공단이 지정한 의료기관 또는 보건소

② 공단은 제1항제3호에 따라 의료기관이나 보건소를 산재보험 의료기관으로 지정할 때에는 다음 각 호의 요소를 고려하여야 한다.

1. 의료기관이나 보건소의 인력·시설·장비 및 진료과목
2. 산재보험 의료기관의 지역별 분포

③ 공단은 제1항제2호 및 제3호에 따른 산재보험 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나의 사유에 해당하면 그 지정을 취소(제1항제3호의 경우만 해당된다)하거나 12개월의 범위에서 업무상의 재해를 입은 근로자를 진료할 수 없도록 하는 진료제한 조치 또는 개선명령(이하 "진료제한등의 조치"라 한다)을 할 수 있다.

1. 업무상의 재해와 관련된 사항을 거짓이나 그 밖에 부정한 방법으로 진단하거나 증명한 경우
2. 제45조에 따른 진료비를 거짓이나 그 밖에 부정한 방법으로 청구한 경우
3. 제50조에 따른 평가 결과 지정취소나 진료제한등의 조치가 필요한 경우
4. 「의료법」 위반이나 그 밖의 사유로 의료업을 일시적 또는 영구적으로 할 수 없게 되거나, 소속 의사가 의료행위를 일시적 또는 영구적으로 할 수 없게 된 경우
5. 제1항제3호에 따른 인력·시설 등의 기준에 미치지 못하게 되는 경우
6. 진료제한등의 조치를 위반하는 경우

④ 제3항에 따라 지정이 취소된 산재보험 의료기관은 지정이 취소된 날부터 1년의 범위에서 고용노동부령으로 정하는 기간 동안은 산재보험 의료기관으로 다시 지정받을 수 없다.

⑤ 공단은 제1항제2호 및 제3호에 따른 산재보험 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나의 사유에 해당하면 12개월의 범위에서 진료제한 등의 조치를 할 수 있다.

1. 제40조제5항 및 제91조의9제3항에 따른 요양급여의 산정 기준을 위반하여 제45조에 따른 진료비를 부당하게 청구한 경우
2. 제45조제1항을 위반하여 공단이 아닌 자에게 진료비를 청구한 경우
3. 제47조제1항에 따른 진료계획을 제출하지 아니하는 경우

4. 제118조에 따른 보고, 제출 요구 또는 조사에 따르지 아니하는 경우
5. 산재보험 의료기관의 지정 조건을 위반한 경우

⑥ 공단은 제3항 또는 제5항에 따라 지정을 취소하거나 진료제한 조치를 하려는 경우에는 청문을 실시하여야 한다.

⑦ 제1항제3호에 따른 지정절차, 제3항 및 제5항에 따른 지정취소, 진료제한등의 조치의 기준 및 절차는 고용노동부령으로 정한다.

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 [별표 4]와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 [별표 4]의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4] 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역(제47조제1항 관련)

구분 / 관절명		측정부위	평균 운동 가능영역(각도)
척주	목뼈부 (경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수 관절융기)–목뼈1번 분절	13
		목뼈1번–목뼈2번 분절	10
		목뼈2번–목뼈3번 분절	8
		목뼈3번–목뼈4번 분절	13
		목뼈4번–목뼈5번 분절	12
		목뼈5번–목뼈6번 분절	17
		목뼈6번–목뼈7번 분절	16
		목뼈7번–등뼈1번 분절	6
	등뼈부 (흉추부)	등뼈1번–등뼈2번 분절	4
		등뼈2번–등뼈3번 분절	4
		등뼈3번–등뼈4번 분절	4
		등뼈4번–등뼈5번 분절	4
		등뼈5번–등뼈6번 분절	4
		등뼈6번–등뼈7번 분절	5
		등뼈7번–등뼈8번 분절	6
		등뼈8번–등뼈9번 분절	6
		등뼈9번–등뼈10번 분절	6
		등뼈10번–등뼈11번 분절	9
		등뼈11번–등뼈12번 분절	12
척주	허리뼈부 (요추부)	등뼈12번–허리뼈1번 분절	12
		허리뼈1번–허리뼈2번 분절	12
		허리뼈2번–허리뼈3번 분절	14
		허리뼈3번–허리뼈4번 분절	15
		허리뼈4번–허리뼈5번 분절	17
		허리뼈5번–엉치뼈1번 분절	20
어깨관절		앞위쪽올리기	150
		옆위쪽올리기	150
		뒤쪽올리기	40
		모으기	30
		안쪽 돌리기	40
		바깥쪽 돌리기	90
팔꿈치관절		펴기	0
		굽히기	150
		안쪽 돌리기	80
		바깥쪽 돌리기	80
손목관절		손등쪽 굽히기	60
		손바닥쪽 굽히기	70
		손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)	20
		손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)	30

구분 / 관절명	측정부위		평균 운동 가능영역(각도)
손허리손가락관절 (중수지관절)	엄지손가락	펴기 굽히기	0 60
	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 90
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 90
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 90
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 90
손가락관절	엄지손가락	펴기 굽히기	0 80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70
엉덩관절	펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		30 100 20 40 40 50
무릎관절	펴기 굽히기		0 150
발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30
발허리 발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	40 30
	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기	0

구분 관절명	측정부위		평균 운동 가능영역(각도)
		굽히기	30
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈 마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제15조(수집 및 처리의 원칙)

① 신용정보회사, 본인신용정보관리회사, 채권추심회사, 신용정보집중기관 및 신용정보제공·이용자(이하 "신용정보회사등"이라 한다)는 신용정보를 수집하고 이를 처리할 수 있다. 이 경우 이 법 또는 정관으로 정한 업무 범위에서 수집 및 처리의 목적을 명확히 하여야 하며, 이 법 및 「개인정보 보호법」 제3조제1항 및 제2항에 따라 그 목적 달성에 필요한 최소한의 범위에서 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 신용정보를 수집 및 처리하여야 한다.

② 신용정보회사등이 개인신용정보를 수집하는 때에는 해당 신용정보주체의 동의를 받아야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호부터 제7호까지의 어느 하나에 해당하는 경우
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보를 수집하는 경우
   가. 법령에 따라 공시(公示)되거나 공개된 정보
   나. 출판물이나 방송매체 또는 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공기관의 인터넷 홈페이지 등의 매체를 통하여 공시 또는 공개된 정보
   다. 신용정보주체가 스스로 사회관계망서비스 등에 직접 또는 제3자를 통하여 공개한 정보. 이 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체의 동의가 있었다고 객관적으로 인정되는 범위 내로 한정한다.
3. 제1호 및 제2호에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
4. 삭제

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성 녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우

6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

약사법

제2조(정의)

1. “약사(藥事)”란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. “약사(藥師)”란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, “한약사”란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. “약국”이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것

나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것

다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것

5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.

(이하 생략)

여객자동차 운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

「여객자동차 운수사업법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업
   - 가. 시내버스운송사업: 주로 특별시 · 광역시 · 특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업.이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형 · 직행좌석형 · 좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   - 나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형 · 좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   - 다. 마을버스운송사업: 주로 시 · 군 · 구의 단일 행정구역에서 기점 · 종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
   - 라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형 · 직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
2. 구역 여객자동차운송사업
   - 가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근 · 통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.
     1) 정부기관 · 지방자치단체와 그 출연기관 · 연구기관 등 공법인
     2) 회사, 「초 · 중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치 · 이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)
     3) 국토교통부장관 또는 시 · 도지사가 정하여 고시하는 산업단지등의 관리기관
   - 나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업
   - 다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형 · 소형 · 중형 · 대형 · 모범형 및 고급형 등으로 구분한다.
   - 라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형 · 소형 · 중형 · 대형 · 모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상,개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

의료급여법

제4조(적용 배제)

① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병 · 부상 · 재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

제7조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법 · 절차 · 범위 · 한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제15조(의료급여의 제한)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우

② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장 · 군수 · 구청장에게 알려야 한다.

제17조(의료급여의 중지 등)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.

1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우

② 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.

③ 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 '급여대상 본인부담금'이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금([별표 1] 제1호라목 · 마목, 같은 표 제2호마목 · 바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장 · 군수 · 구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. .
1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

의료법

제2조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 및 간호사를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
   가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
   나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
   다. 간호 요구자에 대한 교육 · 상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
   라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 '의료업'이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원
바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 '병원등'이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 '필수진료과목'이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 4] 의료기관의 시설규격

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

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류 (제2조 관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승 용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승 합 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화 물 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특 수 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이 륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고 정격출력 11킬로와트 초과	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
				15킬로와트 이하)인 것	

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
      1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
      2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
      3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
   나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
      1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
      2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
      3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
   가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
   나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
   다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

자동차손해배상 보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

재난 및 안전관리 기본법

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "재난"이란 국민의 생명 · 신체 · 재산과 국가에 피해를 주거나 줄 수 있는 것으로서 다음 각 목의 것을 말한다
   가. 자연재난: 태풍, 홍수, 호우(豪雨), 강풍, 풍랑, 해일(海溢), 대설, 한파, 낙뢰, 가뭄, 폭염, 지진, 황사(黃砂),조류(藻類) 대발생, 조수(潮水), 화산활동, 「우주개발 진흥법」에 따른 자연우주물체의 추락 · 충돌, 그 밖에 이에 준하는 자연현상으로 인하여 발생하는 재해
   나. 사회재난: 화재 · 붕괴 · 폭발 · 교통사고(항공사고 및 해상사고를 포함한다) · 화생방사고 · 환경오염사고 · 다중운집인파사고 등으로 인하여 발생하는 대통령령으로 정하는 규모 이상의 피해와 국가핵심기반의 마비, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 또는 「가축전염병예방법」에 따른 가축전염병의 확산, 「미세먼지 저감 및 관리에 관한 특별법」에 따른 미세먼지, 「우주개발 진흥법」에 따른 인공우주물체의 추락 · 충돌 등으로 인한 피해

재난 및 안전관리 기본법 시행령

제2조(재난의 범위)

「재난 및 안전관리 기본법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제1호나목에서 "대통령령으로 정하는 규모 이상의 피해"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다

1. 국가 또는 지방자치단체 차원의 대처가 필요한 인명 또는 재산의 피해
2. 그 밖에 제1호의 피해에 준하는 것으로서 행정안전부장관이 재난관리를 위하여 필요하다고 인정하는 피해

재난 및 안전관리 기본법 시행규칙

제5조(재난상황의 보고 등)

① 법 제20조제1항에 따라 시장(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제11조제1항에 따른 행정시장을 포함한다. 이하 같다) · 군수 · 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다), 소방서장, 해양경찰서장, 법 제3조제5호나목에 따른 재난관리책임기관의 장 또는 법 제26조제1항에 따른 국가핵심기반의 장(이하 "재난상황의 보고자"라 한다)은 다음 각 호의 구분에 따라 재난상황을 보고해야 한다.

1. 최초 보고: 인명피해 등 주요 재난 발생 시 지체 없이 서면(전자문서를 포함한다), 팩스, 전화, 법 제34조의8제1항에 따른 재난안전통신망 중 가장 빠른 방법으로 하는 보고

2. 중간 보고: 별지 제1호서식(법 제3조제1호가목에 따른 재난의 경우에는 별지 제2호서식)에 따라 전산시스템 등을 활용하여 재난 수습기간 중에 수시로 하는 보고
3. 최종 보고: 재난 수습이 끝나거나 재난이 소멸된 후 영 제24조제1항에 따른 사항을 종합하여 하는 보고

② 법 제20조제1항에 따라 재난상황의 보고자는 응급조치 내용을 별지 제3호서식의 응급복구조치 상황 및 별지 제4호서식의 응급구호조치 상황으로 구분하여 재난기간 중 1일 2회 이상 보고하여야 한다.

③ 삭제

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법

① 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제1항에도 불구하고 제주자치도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 각 행정시를 관할구역으로 하는 교육지원청을 둔다.

② 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제2항 및 제4항에도 불구하고 교육지원청의 관할구역과 명칭, 조직과 운영 등은 도조례로 정한다.

③ 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제3항 및 「교육공무원법」 제58조에도 불구하고 교육지원청에 교육장을 두며, 교육장을 임명할 때에는 후보자를 공개모집할 수 있다.

④ 제3항에 따라 공개모집하는 교육장의 자격, 공개모집절차, 후보자의 심사 등에 필요한 사항은 도조례로 정한다.

지방교육자치에 관한 법률

제34조(하급교육행정기관의 설치 등)

① 시·도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 1개 또는 2개 이상의 시·군 및 자치구를 관할구역으로 하는 하급교육행정기관으로서 교육지원청을 둔다.

② 교육지원청의 관할구역과 명칭은 대통령령으로 정한다.

③ 교육지원청에 교육장을 두되 장학관으로 보하고, 그 임용에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

④ 교육지원청의 조직과 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

지역보건법

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

초·중등교육법

제2조(학교의 종류)

초·중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교
2. 중학교·고등공민학교

3. 고등학교 · 고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

제5조의 13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

① 삭제 〈2016.1.6.〉

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
3. 「형법」 제257조제1항(상해) · 제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

① 삭제 〈2016.1.6.〉

② 삭제 〈2006.3.24.〉

③ 삭제 〈2016.1.6.〉

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체 등의 구성 · 활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴 · 간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속 · 유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도) · 제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속 · 유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

학교폭력예방 및 대책에 관한 법률

제12조(학교폭력대책심의위원회의 설치 · 기능)

① 학교폭력의 예방 및 대책에 관련된 사항을 심의하기 위하여 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조 및 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제80조에 따른 교육지원청(교육지원청이 없는 경우 해당 시 · 도 조례로 정하는 기관으로 한다. 이하 같다)에 학교폭력대책심의위원회(이하 '심의위원회'라 한다)를 둔다. 다만, 심의위원회 구성에 있어 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 교육감 보고를 거쳐 둘 이상의 교육지원청이 공동으로 심의위원회를 구성할 수 있다.

② 심의위원회는 학교폭력의 예방 및 대책 등을 위하여 다음 각 호의 사항을 심의한다.

1. 학교폭력의 예방 및 대책
2. 피해학생의 보호
3. 가해학생에 대한 교육, 선도 및 징계
4. 피해학생과 가해학생 간의 분쟁조정
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 심의위원회는 해당 지역에서 발생한 학교폭력에 대하여 조사할 수 있고 학교장 및 관할 경찰서장에게 관련 자료를 요청할 수 있다.

④ 심의위원회의 설치 · 기능 등에 필요한 사항은 지역 및 교육지원청의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제17조의2(행정심판)

① 교육장이 제16조제1항 및 제17조제1항에 따라 내린 조치에 대하여 이의가 있는 피해학생 또는 그 보호자는 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구할 수 있다.

② 교육장이 제17조제1항에 따라 내린 조치에 대하여 이의가 있는 가해학생 또는 그 보호자는 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구할 수 있다.

③ 행정심판위원회는 피해학생 또는 그 보호자 및 피 · 가해학생의 소속 학교에 제2항에 따른 행정심판의 청구 사실을 통지하고 「행정심판법」 제20조에 따른 심판참가에 관한 사항을 문서로 안내하여야 한다.

④ 제1항 및 제2항에 따른 행정심판청구에 필요한 사항은 「행정심판법」을 준용한다.

형법

제258조(중상해, 존속중상해)

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.

③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년이하의 징역에 처한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.

1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)

① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다.

제17조(환자의 의사 확인)

① 연명의료중단등결정을 원하는 환자의 의사는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 확인한다.

1. 의료기관에서 작성된 연명의료계획서가 있는 경우 이를 환자의 의사로 본다.
2. 담당의사가 사전연명의료의향서의 내용을 환자에게 확인하는 경우 이를 환자의 의사로 본다. 담당의사 및 해당 분야의 전문의 1명이 다음 각 목을 모두 확인한 경우에도 같다.
   가. 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단
   나. 사전연명의료의향서가 제2조제4호의 범위에서 제12조에 따라 작성되었다는 사실
3. 제1호 또는 제2호에 해당하지 아니하고 19세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 연명의료중단등에 관한 의사에 대하여 환자가족(19세 이상인 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다) 2명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1명인 경우에는 그 1명의 진술을 말한다)이 있으면 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명의 확인을 거쳐 이를 환자의 의사로 본다. 다만, 그 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 보건복지부령으로 정하는 객관적인 증거가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
   가. 배우자

나. 직계비속
다. 직계존속
라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 담당의사는 제1항제1호 및 제2호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서 확인을 위하여 관리기관에 등록 조회를 요청할 수 있다.

③ 제1항제2호나 제3호에 따라 환자의 의사를 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

제18조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)

① 제17조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다.

1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우
2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우
   가. 배우자
   나. 1촌 이내의 직계 존속 · 비속
   다. 가목 및 나목에 해당하는 사람이 없는 경우 2촌 이내의 직계 존속 · 비속
   라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 제1항제1호 · 제2호에 따라 연명의료중단등결정을 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.