캐롯 직장인 생활건강보험 약관

캐롯 직장인 생활건강보험 목차

가입자 유의사항 ····· 4
주요내용 요약서 ····· 5
보험용어 해설 ····· 7
신용정보 제공 · 활용에 대한 고객 권리 안내문 ····· 8

캐롯 직장인 생활건강보험 보통약관 ····· 11
제1조(목적) ····· 11
제2조(용어의 정의) ····· 11
제3조(보험금의 지급사유) ····· 12
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 12
제5조(독감(인플루엔자) 및 독감 항바이러스제의 정의 및 진단확정) ····· 12
제6조(응급실 및 응급환자의 정의) ····· 13
제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 13
제8조(보험금 지급사유의 통지) ····· 15
제9조(보험금의 청구) ····· 15
제10조(보험금의 지급절차) ····· 15
제11조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 16
제12조(주소변경통지) ····· 17
제13조(보험수익자의 지정) ····· 17
제14조(대표자의 지정) ····· 17
제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 17
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 18
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 19
제18조(사기에 의한 계약) ····· 20
제19조(보험계약의 성립) ····· 20
제20조(청약의 철회) ····· 20
제21조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 21
제22조(계약의 무효) ····· 22
제23조(계약내용의 변경 등) ····· 22
제24조(보험나이 등) ····· 23
제25조(계약의 소멸) ····· 23
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 24
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 24

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 25
제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ····· 25
제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ····· 25
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 26
제31조의2(위법계약의 해지) ····· 26
제32조(중대사유로 인한 해지) ····· 26
제33조(회사의 파산선고와 해지) ····· 27
제34조(보험료의 환급) ····· 27
제35조(분쟁의 조정) ····· 27
제36조(관할법원) ····· 27
제37조(소멸시효) ····· 28
제38조(약관의 해석) ····· 28
제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 28
제40조(회사의 손해배상책임) ····· 28
제41조(개인정보보호) ····· 29
제42조(준거법) ····· 29
제43조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 29

캐롯 직장인 생활건강보험 특별약관 ····· 30

1. 면역질환 모듈
대상포진 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 30
특정전염병 진단비 특별약관 ····· 31
아나필락시스쇼크 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 32
2. 스트레스질환 모듈
통풍 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 33
요로결석 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 33
갑상선기능저하증 진단비(최초1회한) 특별약관 ····· 34
갑상선기능항진증 치료비(최초1회한) 특별약관 ····· 35
3. 생활습관질환 모듈
위·십이지장,대장 양성종양 및 폴립 진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 38
척추질환 수술비 특별약관 ····· 39
4. 마음케어 모듈
정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관 ····· 41
정신질환치료비Ⅱ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관 ····· 43
정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방, 최초1회한) 특별약관 ····· 45

보험료분납Ⅱ 특별약관 ····· 47
지정대리청구서비스 특별약관 ····· 47
전자서명 특별약관 ····· 49
장애인전용보험전환 특별약관 ····· 49

[별표1] 독감(인플루엔자) 분류표 ····· 53
[별표2] 대상포진 분류표 ····· 54
[별표3] 특정전염병 분류표 ····· 55

[별표4] 아나필락시스쇼크 분류표 ····· 56
[별표5] 통풍 분류표 ····· 57
[별표6] 요로결석 분류표 ····· 58
[별표7] 갑상선기능저하증 분류표 ····· 59
[별표8] 갑상선기능항진증 분류표 ····· 60
[별표9] 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표 ····· 61
[별표10] 척추질환 분류표 ····· 62
[별표11] 정신질환Ⅰ 분류표 ····· 64
[별표12] 정신질환Ⅱ 분류표 ····· 65
[별표13] 정신질환Ⅲ 분류표 ····· 66

[부록] 약관에서 인용된 법령 ····· 67
의료법 ····· 67
전자서명법 ····· 68
금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 68
응급의료에 관한 법률 ····· 69
응급의료에 관한 법률 시행규칙 ····· 70
감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 ····· 71

이 약관은 금융소비자 보호에 관한 법률 등 관계 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

가입자 유의사항

1. 보험계약관련 유의사항

가) 보험계약 전 알릴의무 위반
- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

가) 신체손해· 비용손해 보장

○ 상해 관련 보장
- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

○ 특정질병 관련 보장
- 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술 관련 보장
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

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 전자서명 등으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

보험계약자는 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.

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효

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

가) 신체손해·비용손해 보장

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 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

5. 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 때 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 보험계약자에게 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 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 해약환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 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. 계약 전 · 후 알릴 의무

가) 계약 전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실 대로 기재하고 자필서명(전자서명 등을 포함)을 하셔야 합니다.

나) 계약 후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체 없이 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 회사에 알려야합니다.

1) 상해보험

- 보험증권 등에 기재된 피보험자의 직업 또는 직무의 변경
- 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
- 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
- 피보험자가 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한합니다)하게 된 경우

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 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

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

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	**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 가진 사람
보험료		보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
보험가입금액		보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액
보험금		피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(또는 피보험자)에게 지급하는 금액
환급보험료		보험계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액
보험기간		보험회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간
보장개시일		보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일		보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

신용정보 제공 · 활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용되며, 고객은 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서

1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하'마케팅')목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2.「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가) 본인정보의 이용 및 제3자 제공사실 통지 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조에 따라 회사가 본인정보를 이용하거나 전국은행연합회, 손해보험협회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

【신청방법】
- 전화번호 : 1566-0300
- 홈페이지 : www.carrotins.com
- 서면접수 : 04551, 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 B동

나) 본인정보의 이용 및 제공사실 조회

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조에 따라 회사가 보유한 본인정보의 이용·제공 내역을 조회할 수 있습니다.

【확인방법】
홈페이지(www.carrotins.com) 상단의 ['고객센터' 탭 → '개인신용정보 이용/제공 현황']에서 회원 로그인 또는 본인인증으로 계약 조회 후 이하 내용 조회 가능
- 본인정보의 이용 시
  이용주체 / 이용목적 / 이용날짜 / 이용항목 / 보유기간 및 이용기간
- 본인정보의 제공 시
  제공주체/ 제공받은 자/ 제공목적 / 제공날짜 / 제공항목 / 제공받은 자의 보유 및 이용기간

※ 단, 내부 경영 관리 목적 및 반복적 업무 위탁을 위한 이용·제공 내역은 포함되지 않습니다.

다) 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제36조에 따라 회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보, 신용등급 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보와 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

라) 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제37조에 따라 가입 신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단시킬 수 있습니다. (다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

【신청방법】
· 전화번호 : 1566-0300
· 홈페이지 : www.carrotins.com
· 서면접수 : 04551, 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 B동

※신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.
(단, 마케팅 목적의 동의철회는 즉시 가능합니다.)

마) 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

【신청방법】
· 전화번호 : 1566-0300
· 홈페이지 : www.carrotins.com
· 서면접수 : 04551, 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 B동

바) 본인정보의 삭제 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조의 3에 따라 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 등에 필수적인 본인정보의 경우 금융거래 등 상거래관계가 종료되고 5년이 경과한 이후에(그 밖의 개인신용정보의 경우 3개월이 경과한 이후에) 회사에 본인정보의 삭제를 요구할 수 있습니다. (단, 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제20조의2 제2항 각 호의 에 따라 다른 법률에 따른 의무를 이행하기 위하여 불가피한 경우 등에는 본인정보의 삭제를 요구할 수 없습니다.)

※ 위 삭제요구는 복구 불가능한 방법으로 삭제하는 것을 의미하며, 삭제로 인하여 자료열람 등에 대한 제한이 발생할 수 있습니다.

【신청방법】
· 전화번호 : 1566-0300
· 홈페이지 : www.carrotins.com
· 서면접수 : 04551, 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 B동

사) 본인정보의 무료 열람 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

· NICE평가정보㈜ : 02-2122-4000 (www.nice.co.kr)
· 서울신용평가정보㈜ : 1577-1006 (www.sci.co.kr)
· 코리아크레딧뷰로㈜ : 02-708-1000 (www.koreacb.com)

3. 개인정보 유출 시 피해보상

캐롯손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인신용정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다.

4. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

구분	당사 개인신용정보 관리/보호인	손해보험협회 개인신용정보보호 담당자	금융감독원 금융민원센터
전화	02-6226-0201	02-3702-8500	(국번없이)1332
주소	서울 중구 을지로100 파인에비뉴 B동 캐롯손해보험 준법감시인	서울 종로구 종로1길 50, 케이트윈타워 B동 15, 16층	서울 영등포구 여의대로 38

[제 1 관 목적 및 용어의 정의]

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

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

3. 이자율 관련 용어

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

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

[제 2 관 보험금의 지급]

제3조(보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 보험기간 중에 '독감(인플루엔자)'으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 '독감 항바이러스제'를 처방받은 경우에는 이 보장의 보험가입금액을 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 치료의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 연간 1회에 한합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중에 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료 받은 경우 매 내원시마다 이 보장의 보험가입금액을 응급실 내원 진료비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중에 응급환자에 해당되지는 않으나 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 응급실에 내원하여 진료 받은 경우 매 내원시마다 이 보장의 보험가입금액을 응급실 내원 진료비(비응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 연간이라 함은 이 계약의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 '독감 항바이러스제'를 처방받은 날로 합니다.

제5조(독감(인플루엔자) 및 독감 항바이러스제의 정의 및 진단확정)

① 이 보통약관에서 '독감(인플루엔자)'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 '독감(인플루엔자) 분류표'(【별표1】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '독감(인플루엔자)'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)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 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 보통약관에서 '독감 항바이러스제'라 함은 '독감(인플루엔자)'의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 효능·효과 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

【독감 항바이러스제 해당 성분명 안내】
성분명은 '효능·효과'를 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 「효능·효과」확인 방법】
식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색

제6조(응급실 및 응급환자의 정의)

① 이 보통약관에서 응급실이라 함은「응급의료에 관한 법률」제25조(중앙응급의료센터)에서 정한 중앙응급의료센터 및 동법 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 동법 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)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 보통약관에서 응급환자라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중「응급의료에 관한 법률 시행규칙」제2조(응급환자)에서 정하는 자로 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.

제7조(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, 사전 훈련을 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 제3조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 내원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보장하는 상해로 인하여 내원한 경우에는 보상합니다.
3. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
4. 비만(E66)
5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
6. 직장 또는 항문 질환 중「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
7. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00-Z99)
8. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
9. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
10. 아래에 열거된 치료
    가. 단순한 피로 또는 권태
    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
11. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
    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 경우는 시력교정술로 봅니다)
    라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
    마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
12. 사람면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료(다만,「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제8조(보험금 지급사유의 통지)

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

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우
      : '독감 항바이러스제' 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등
   나. 제3조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 경우
      : 진료비계산서, 응급실기록지사본 등
   다. 특별약관의 경우
      : 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만 제1항 제2호 나목의 경우에는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 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.

③ 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 제9조(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. 제2항 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항의 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.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 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	지급이자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

제11조(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.

제12조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 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.

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제14조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

[제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등]

제15조(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.

【「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 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【「상법」제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제16조(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 포함합니다)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한합니다)하게 된 경우
   (다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(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)를 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

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

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

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제34조(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. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다. 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 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(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.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(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]

제19조(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.

제20조(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 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 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 신용카드 회사로 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.

제21조(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

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.

제22조(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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 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.
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.

【「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

【심신상실자 및 심신박약자】 심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

【유의사항】
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(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.
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): 2023년 4월 13일
⇒ 2023년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 34년 6월 11일 = 35세

제25조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

[제 5 관 보험료의 납입]

제26조(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. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(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.

제27조(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.

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용

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 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제34조(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 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제34조(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 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

[제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등]

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제22조(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 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제31조의2(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 제34조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고「민법」등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

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

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

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제34조(보험료의 환급)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 없는 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 책임 있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년 미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제1항 제2호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각 호를 말합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 또는 제32조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 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.

[제 7 관 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 포함합니다)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 개시되는 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조(관할법원)

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

제37조(소멸시효)

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

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2021년 4월 1일에 발생하였음에도 2024년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조(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.

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 포함합니다), 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 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제40조(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.

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 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1명당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

캐롯 직장인 생활건강보험 특별약관

1. 면역질환 모듈

대상포진 진단비(최초 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 대상포진으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 대상포진 진단비(최초1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
대상포진 진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 대상포진이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 '대상포진 분류표'(【별표2】참조)에서 정한 질병을 말하며, 단순포진은 포함되지 않습니다.

② 제1항에서 단순포진이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 A60(항문생식기의 헤르페스 바이러스[단순헤르페스] 감염) 또는 B00(헤르페스바이러스[단순헤르페스] 감염)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 대상포진의 진단확정은「의료법」제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 대상포진의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정전염병 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '특정전염병 분류표'(【별표3】 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

아나필락시스쇼크 진단비(최초 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 아나필락시스(anaphylaxis)쇼크(이하 '아나필락시스쇼크'라 합니다)로 진단 확정된 경우 최초1회에 한하여 보험가입금액을 아나필락시스쇼크 진단비(최초1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 아나필락시스쇼크는 제2조(아나필락시스쇼크의 정의 및 진단확정)에서 정한 아나필락시스쇼크를 말합니다.

제2조(아나필락시스쇼크의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 아나필락시스쇼크라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 '아나필락시스쇼크 분류표'(【별표4】 참조)에서 정한 상병을 말합니다.

② 아나필락시스쇼크의 진단확정은「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징과 함께 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사, 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(아나필락시스쇼크 진단확인서, 아나필락시스쇼크 진료기록부 사본(필요시에 한함), 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제4조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 아나필락시스쇼크 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 스트레스질환 모듈

통풍 진단비(최초 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 통풍으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 통풍 진단비(최초1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
통풍 진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 통풍이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 '통풍 분류표'(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 통풍의 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 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 통풍의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

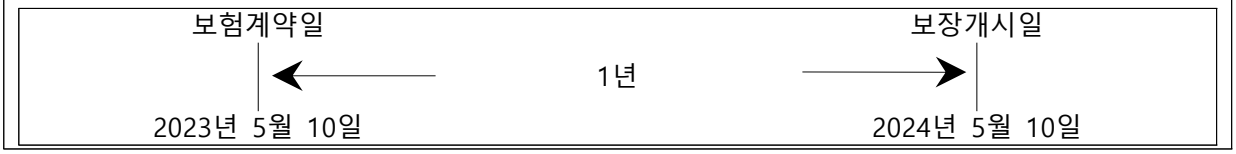
요로결석 진단비(최초 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 요로결석으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요로결석 진단비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

< '요로결석'에 대한 보장개시일 계산 예시 >



제2조(요로결석의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 요로결석이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 '요로결석 분류표'(【별표6】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 요로결석의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 소변검사, 초음파, X-선검사 및 전산화 단층촬영(CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 요로결석으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한 회사가 요로결석의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 무효)

피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 요로결석으로 진단확정 되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석 진단비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상선기능저하증 진단비(최초 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 갑상선기능저하증으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 갑상선기능저하증 진단비(최초1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
갑상선기능저하증 진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(갑상선기능저하증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 갑상선기능저하증이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 '갑상선기능저하증 분류표'(【별표7】 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. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상선기능항진증 치료비(최초 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 갑상선기능항진증으로 진단이 확정되고 갑상선기능항진증 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 갑상선기능항진증 치료비(최초1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
갑상선기능항진증 치료비 (최초1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(갑상선기능항진증, 갑상선기능항진증 치료의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 갑상선기능항진증이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 '갑상선기능항진증 분류표'(【별표8】 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 의사에 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
- 창상봉합술(단, 변연절제가 포함된 창상봉합술은 보험금을 지급합니다)
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 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. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 생활습관질환 모듈

위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 위, 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비(연간1회한)를 보험수익자에게 지급합니다.

구분	경과기간	지급금액
위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

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(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'(【별표9】 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, 대장 양성종양 및 폴립의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(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 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항
2. 피보험자의 선천기형, 변형 및 염색체이상

제3조(척추질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 척추질환이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 '척추질환 분류표'(【별표10】 참조)에서 정한 상병을 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 의사에 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
- 창상봉합술(단, 변연절제가 포함된 창상봉합술은 보험금을 지급합니다)
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 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.

4. 마음케어 모듈

정신질환치료비Ⅰ(90 일이상약물처방, 최초 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

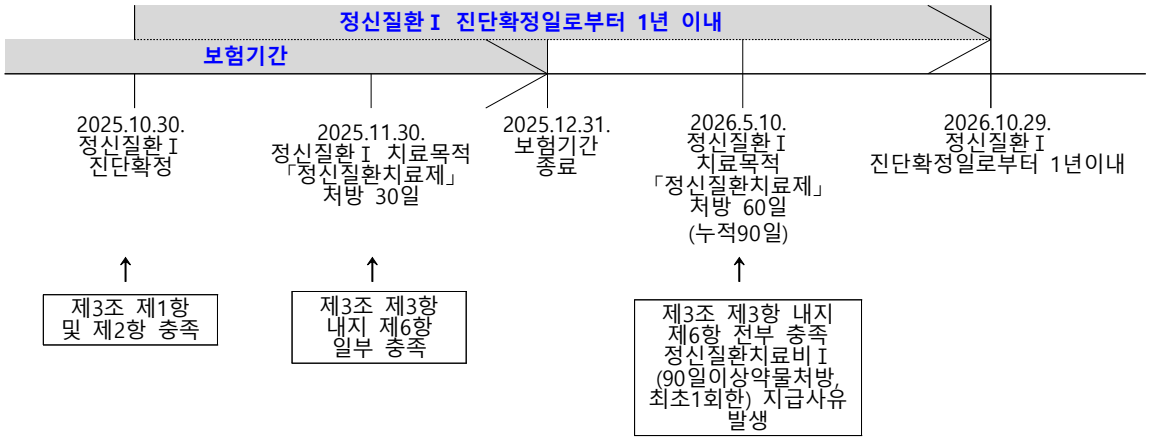
회사는 피보험자가 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 「정신질환Ⅰ」으로 진단확정되고, 진단일로부터 1년 이내에 「정신질환Ⅰ」의 직접적인 치료를 목적으로 「정신질환치료제」를 「90일 이상의 기간 동안」 처방받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

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'(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 「정신질환Ⅰ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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.

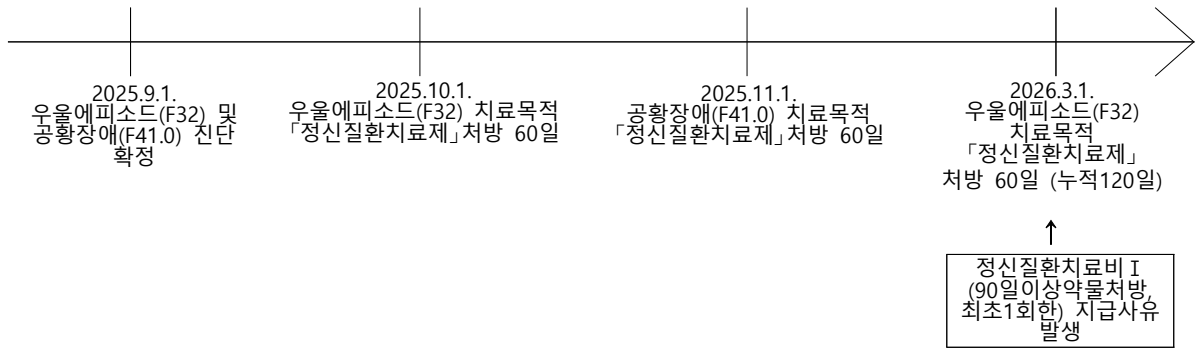
③ 이 특별약관에서 「정신질환치료제」라 함은 「의사」가 제1항의 「정신질환Ⅰ」의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품분류번호 「100(신경계 감각기관용 의약품)」에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이 때 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 「신경계 감각기관용 의약품」에 준하는 분류번호를 따릅니다.

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'(【별표11】 참조)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 「정신질환치료제」를 처방받은 날로 합니다.

⑥ 두 가지 이상의 「정신질환Ⅰ」을 진단받은 경우 '정신질환Ⅰ 분류표'(【별표11】 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 또는 본인서명사실확인서 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 정신질환치료비Ⅰ(90일이상약물처방, 최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

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

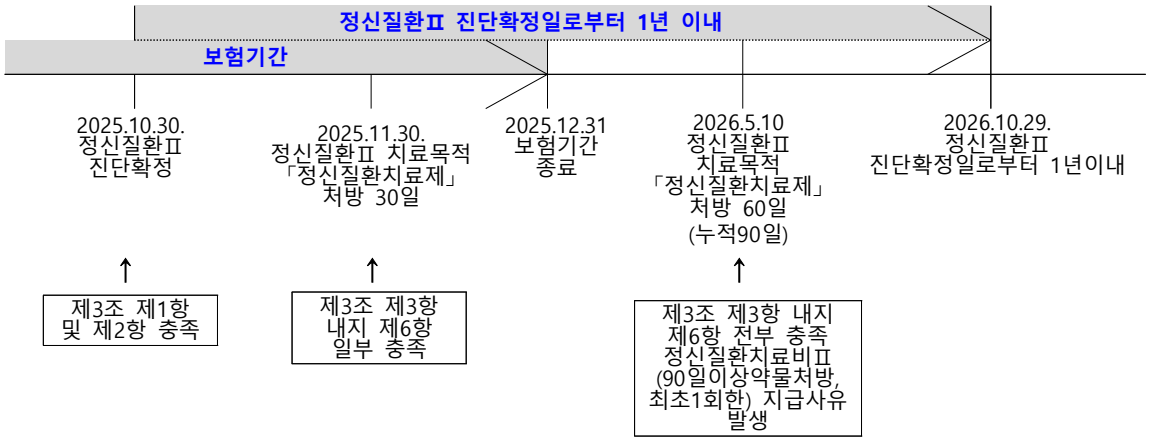
정신질환치료비Ⅱ(90 일이상약물처방, 최초 1 회한) 특별약관

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)로 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



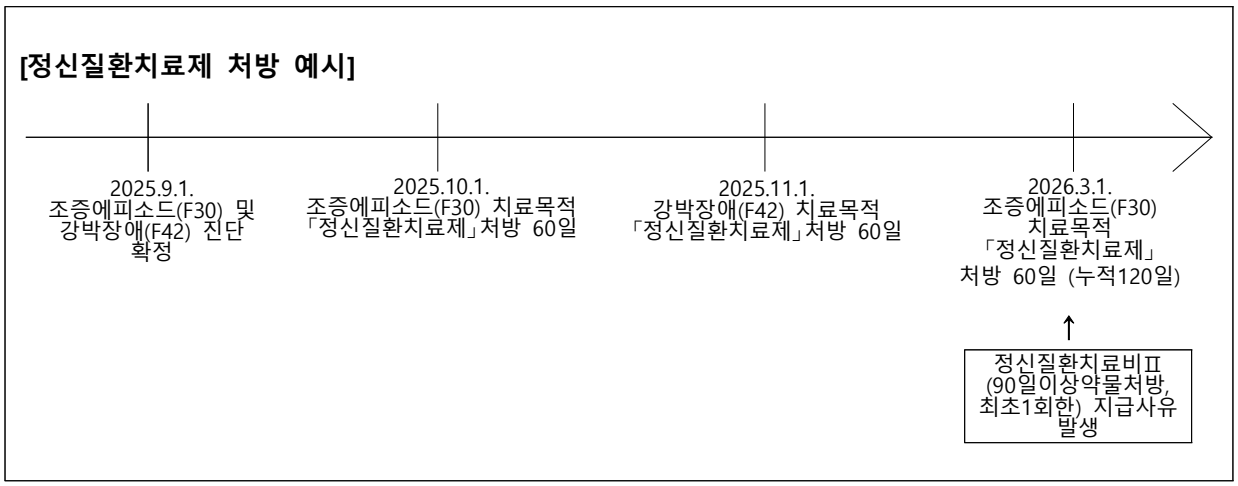
제3조(「정신질환Ⅱ」 등의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 「정신질환Ⅱ」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 중 '정신질환Ⅱ 분류표'(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② 「정신질환Ⅱ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「정신질환Ⅱ」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 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.1

⑤ 제4항의 처방일수 합산 시 '정신질환Ⅱ 분류표'(【별표12】 참조)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 「정신질환치료제」를 처방받은 날로 합니다.

⑥ 두 가지 이상의 「정신질환Ⅱ」을 진단받은 경우 '정신질환Ⅱ 분류표'(【별표12】 참조)를 기준으로 분류번호별로 처방일수를 합산하며, 합산된 처방일수가 가장 큰 「정신질환Ⅱ」을 기준으로 「정신질환치료제」 처방일수가 90일 이상인 경우 보험금을 지급합니다.



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 또는 본인서명사실확인서 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. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

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

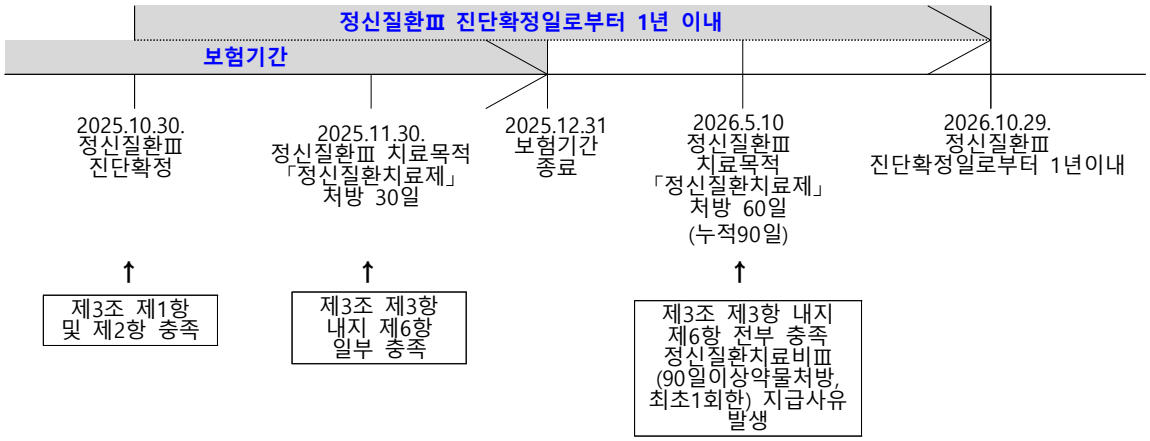
정신질환치료비Ⅲ(90 일이상약물처방, 최초 1 회한) 특별약관

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)로 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'(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② 「정신질환Ⅲ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 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.

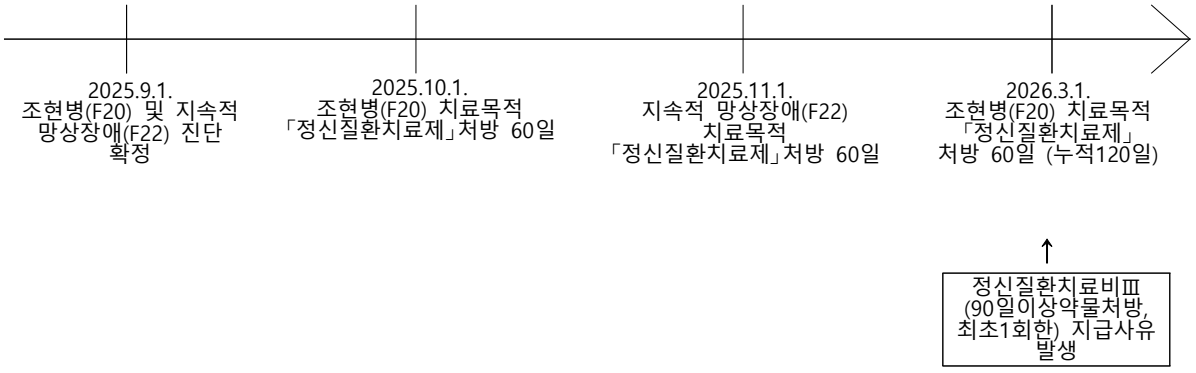
③ 이 특별약관에서 「정신질환치료제」라 함은 「의사」가 제1항의 「정신질환Ⅲ」의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품분류번호 「100(신경계 감각기관용 의약품)」에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이 때 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 「신경계 감각기관용 의약품」에 준하는 분류번호를 따릅니다.

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'(【별표13】 참조)의 분류번호를 기준으로 하며, 기준일자는 「정신질환치료제」를 처방받은 날로 합니다.

⑥ 두 가지 이상의 「정신질환Ⅲ」을 진단받은 경우 '정신질환Ⅲ 분류표'(【별표13】 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 또는 본인서명사실확인서 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 정신질환치료비Ⅲ(90일이상약물처방, 최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 보험료 분납계약에 대해서는 소멸시점 이후 이 특별약관의 분납보험료를 납입하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료분납Ⅱ 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 이 특별약관에 따라 계약자는 보험기간이 1년 이상 3년 이하 보험 계약에 대하여 보험료를 제2항에 정한 바에 따라 균등 분할하여 납입할 수 있습니다.

② 계약자는 이 보험의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 의하여 계산된 분납보험료를 해당 보험기간에 따라 제2회 이후 분납보험료부터 보험기간 및 분할횟수에 따라 아래에 정한 시기까지 납입하여야 합니다.

보험기간	제2회 이후 분납보험료 납입시기	
	분할횟수	제2회 이후 분납보험료
1년	2회	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 6개월 경과시점의 보험증권에 기재된 납입기일 안에 분납보험료를 납입
	4회	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 3개월 마다 보험증권에 기재된 납입기일 안에 분납보험료를 납입
	12회	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 매1개월 마다 보험증권에 기재된 납입기일 안에 분납보험료를 납입
2년	24회	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 매1개월 마다 보험증권에 기재된 납입기일 안에 분납보험료를 납입
3년	36회	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 매1개월 마다 보험증권에 기재된 납입기일 안에 분납보험료를 납입

③ 보험기간동안 이 계약의 보험요율이 변경된 경우라도 이 특별약관에 따라 납입하는 분납보험료는 변경 적용하지 않습니다. 다만, 보통약관「계약 후 알릴 의무」관련 조항에 따라 보험료가 변경된 경우에는 예외로 합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 '특약'이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.(이하 보험계약자는 '계약자', 보험회사는 '회사'라 합니다)

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약 체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

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

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 '보통약관'이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 '전자서명'이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 「약관교부 및 설명의무 등」 조항 제3항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 '보험계약 안내자료'라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5 영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

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

1. 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

용어해설

<「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) >

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<「소득세법 시행령」 제118조의4(보험료세액공제)>

① 법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4.「수산업협동조합법」,「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5.「군인공제회법」,「한국교직원공제회법」,「대한지방행정공제회법」,「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<「소득세법 시행규칙」 제61조의3(공제대상보험료의 범위)>

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

용어해

<「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인>

1.「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람

설	2.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로 능력이 없는 사람 3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자 **<「소득세법 시행규칙」 제54조(장애아동의 범위 등) >** 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

설명	**<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 1>** 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우 ⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. **<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 2>** 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우 ⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. **<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 3>** 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우 ⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.
④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의「소득세법 시행규칙」 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, '장애인증명서'라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에도 불구하고「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을「소득세법」제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

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

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며「소득세법」에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

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

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

[별표 1] 독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 2] 대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
대상포진	B02

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 3] 특정전염병 분류표

약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1~A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장출혈성 대장균감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33~A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렙토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막알균수막염	A39.0
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1~A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50~B54

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 4] 아나필락시스쇼크 분류표

약관에 규정하는 아나필락시스쇼크로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	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

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5] 통풍 분류표

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
통풍	M10

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 6] 요로결석 분류표

약관에 규정하는 요로결석으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 신장 및 요관의 결석	N20
2. 하부요로의 결석	N21

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 7] 갑상선기능저하증 분류표

약관에 규정하는 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
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

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 8] 갑상선기능항진증 분류표

약관에 규정하는 갑상선기능항진증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 9] 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표

약관에 규정하는 위, 십이지장, 대장 양성종양 및 폴립으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분 류 항 목	분 류 번 호
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

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 10] 척추질환 분류표

약관에 규정하는 척추질환으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
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
신경관의 부분탈구성 협착	M99.2

분 류 항 목	분 류 번 호
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

주) 1. 대상상병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 11] 정신질환Ⅰ 분류표

약관에 규정하는 정신질환Ⅰ으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 우울에피소드	F32
2. 재발성 우울장애	F33
3. 광장공포증	F40.0
4. 공황장애(우발성 발작성 불안)	F41.0
5. 범불안장애	F41.1
6. 외상후 스트레스장애	F43.1

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 12] 정신질환Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 정신질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 조증에피소드	F30
2. 양극성 정동장애	F31
3. 강박장애	F42

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 13] 정신질환Ⅲ 분류표

약관에 규정하는 정신질환Ⅲ으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 조현병	F20
2. 지속적 망상장애	F22
3. 조현정동장애	F25

주) 1. 대상질병분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[부록] 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항이 개정 또는 폐지가 된 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.
※ 약관에서 인용된 법·규정은 2022 년 12 월 기준으로 작성되었습니다.

의료법

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」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

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.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이라 함은 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 '소액분쟁사건'이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조 제6항에따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조 제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조 제5항에서 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.

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.

제25조(중앙응급의료센터)

① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 중앙응급 의료센터를 설치·운영할 수 있다.

1. 응급의료기관등에 대한 평가 및 질을 향상시키는 활동에 대한 지원
2. 응급의료종사자에 대한 교육훈련
3. 제26조에 따른 권역응급의료센터 간의 업무조정 및 지원
4. 응급의료 관련 연구
5. 국내외 재난 등의 발생 시 응급의료 관련 업무의 조정 및 그에 대한 지원

6. 응급의료 통신망 및 응급의료 전산망의 관리·운영과 그에 따른 업무
7. 응급처치 관련 교육 및 응급장비 관리에 관한 지원
8. 응급환자 이송체계 운영 및 관리에 관한 지원
9. 응급의료분야 의료취약지 관리 업무
10. 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.

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」 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상

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

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

② 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.