

무배당 메리츠
간편한 3대질병보험2007

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문

개인신용정보는 반드시 고객님의 동의를 얻은 후 타인에게 제공 및 활용하고 있습니다.

고객님께서서는 제공된 정보의 열람을 청구할 수 있으며, 활용 중단을 신청할 수 있습니다.

1. 금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의 여부와 관계없이 이용할 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품 서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 개인신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회 요구

고객은 「신용정보법」 제35조에 따라 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 ‘본인정보’)를 마케팅 목적으로 이용·제공한 경우 이용·제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보법」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인 정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보법」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사

안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

- 신청자 제한 :** 마케팅 목적의 이용·제공 동의철회는 즉시 가능하며, 단, 보험계약 체결·유지·관리 이행을 위한 동의는 체결 계약의 유지·관리를 위한 필수 동의사항으로 사안에 따라 철회가 불가할 수도 있습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보법」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리 결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com>

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보법」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처

- NICE신용평가정보(주)
 - 전화 : 02-2122-4000, 홈페이지 : <http://www.nice.co.kr>
- SCI평가정보(주)
 - 전화 : 02-3445-5000, 홈페이지 : <http://www.sci.co.kr>
- 코리아크레딧뷰로(주)
 - 전화 : 02-708-6000, 홈페이지 : <http://www.kcb4u.com>

바. 본인정보의 삭제 요구

고객은 「신용정보법」 제38조의3에 따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

- * 보험거래종료일은 1) 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.
- * 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1566-7711
- 홈페이지 : <http://www.meritzfire.com> > 본인인증센터 > 개인정보보호 > 개인신용정보관리

3. 본인정보 유출시 피해 보상

고객은 금융회사의 귀책사유로 인한 본인정보 유출로 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받을 수 있습니다.

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

- 연락처

- 당사 개인신용정보보호 담당자 :
02-3786-2551 / 서울시 강남구 강남대로 382
- 손해보험협회 개인신용정보보호 담당자 :
02-3702-8500 / 서울 종로구 종로5길 68, 6층
- 금융감독원 개인신용정보보호 담당자 :
금융민원센터 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다.

메리츠금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

■ 금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

- ① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 “금융거래정보”라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보(이하 “개인신용정보”라 한다)를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 “고객정보제공절차”라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 제공할 수 있는 정보의 범위
 2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
 3. 고객정보의 분리 보관
 4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
 5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
 6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 “증권총액정보등”이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 예탁한 금전의 총액
 2. 예탁한 증권의 총액
 3. 예탁한 증권의 종류별 총액
 4. 채무증권의 종류별 총액
 5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의

종류별 총액

6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 메리츠금융그룹은 메리츠금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할 지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

1. 제공되는 고객정보의 종류

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보
 - 가. 특정 신용정보주체를 식별할 수 있는 정보 : 생존하는 개인의 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 성별, 국적 및 직업 등
 - 나. 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보 : 대출, 보증, 담보제공, 당좌거래(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여와 금융거래 등 상거래와 관련하여 그 거래의 종류, 기간, 금액 및 한도 등에 관한 사항
 - 다. 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보 : 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체, 부도, 대위변제, 대지급과 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위와 관련된 금액 및 발생·해소의 시기 등에 관한 사항
 - 라. 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보 : 개인의 직업·재산·채무·소득의 총액 및 납세실적
 - 마. 그 밖에 정보 : 법원 또는 공공기관의 재판·결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록 관련 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는

- 위탁자가 위탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
- 가. 위탁한 금전의 총액
 - 나. 위탁한 증권의 총액
 - 다. 위탁한 증권의 종류별 총액
 - 라. 채무증권의 종류별 총액
 - 마. 수익증권으로서 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자 기구의 종류별 총액
 - 바. 위탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 고객정보의 제공처

메리츠금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 메리츠금융지주회사, 메리츠화재, 메리츠증권, 메리츠캐피탈, 메리츠자산운용, 메리츠대체투자운용입니다.

III. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

메리츠금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

- ① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영 관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
- ② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
- ③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
- ④ 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.(단, 금융지주회사감독규정에서 정한 고객정보관리인의 승인 의무를 적용받지 않는 사항은 제외)
- ⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄 관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
- ⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2

개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함) 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

- ⑦ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
- ⑧ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격·침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

메리츠금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

메리츠금융그룹

메리츠금융지주	고객정보관리인
메리츠화재	고객정보관리인
메리츠증권	고객정보관리인
메리츠캐피탈	고객정보관리인
메리츠자산운용	고객정보관리인
메리츠대체투자운용	고객정보관리인

보험금 지급절차 안내장

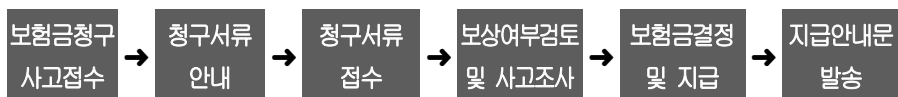
■ 보험금 청구 관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 청구서류는 「보험금 청구서류 안내장」을 참조하기 바랍니다.

■ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 메리츠화재보험회사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정 되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당 부서, 담당자 연락처 등은 당사 고객센터(TEL: 1566-7711)로 문의하시기 바랍니다.
(상담가능시간: 09시~18시)

[보험금 지급절차]



■ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
(손해사정법인: 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체)
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 **메리츠화재보험회사**가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담합니다.

■ 의료심사

- 상해 · 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며 이 경우 비용은 메리츠화재보험회사가 부담합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출을 대행**해드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용에 동의**하셔야 합니다.

■ 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 **보험금지급안내문**이 발송 됩니다.
- 메리츠화재보험회사 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 **계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역**을 **확인**하실 수 있습니다. (공인인증서가 있는 경우에만 홈페이지를 통한 확인이 가능합니다)

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 **3차 의료기관에서 진단을 요청**드리며 병원 진단전에 보상담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

■ 보험금 청구 소멸시효

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

■ 재심사 청구

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 불지급 결정 및 보험금 결정액에 동의** 하시지 않는 경우 메리츠화재보험회사 소비자보호센터로 통보하시면 **재심사**를 받으실 수 있습니다.
 - ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
 - ✓ 우편 접수: 서울시 영등포구 국제금융로 2길 11
메리츠화재 소비자보호센터
 - ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험(주)와 보험계약을 체결하셨습니다.

현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

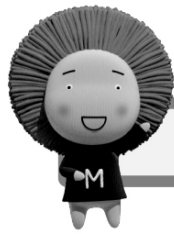
저희 회사에서는 보험계약시 청약서 자필서명, 약관 및 청약서 부분전달, 상품의 주요내용 설명을 이행하지 아니하였을 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 이의를 제기하시고 그 사실이 인정되면 납입하신 보험료와 청약일로부터 실제 지급일까지의 경과기간에 대한 보험계약대출이율을 더한 금액을 환불하여 드립니다.

보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다. 감사합니다.

*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)

*홈페이지 : www.meritzfire.com > 소비자보호광장



보험 주요 민원 사례



알릴 의무

P씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로 가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가 추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기

유의 사항

계약전 알릴의무는 상법 제 651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

자필서명 미이행

A씨는 지인인 B설계사의 설명을 듣고 남편을 피보험자로 하여 보험가입을 원했으나 남편 설득이 여의치 않자 A씨가 피보험자 서명을 대필하여 보험가입하였고 추후 보상시 문제가 될 수 있다는 내용을 인지하고 불만 제기

유의 사항

피보험자의 서면동의를 받지 않으면 보상시 불이익이 있을 수 있으므로, 반드시 피보험자의 동의를 받으셔야 합니다.

주요설명 미이행

P씨는 갱신 담보 보험료 인상에 대한 설명을 듣지 못했는데 과도하게 인상됐다고 불만 제기

유의 사항

갱신허특약의 보험료는 갱신도래시 연령증가, 손해율, 의료수가 상승 등에 따라 일반적으로 증가 할 수 있습니다. 가입 전 고객님의 안내드리는 가입설계서 상의 갱신허특약 예상보험료는 가입시점 기준으로 고객님의 이해를 돕기위한 자료임으로 가입전 참고해 주시기 바랍니다.



계약 유지

K씨는 설계사에게 피보험자 변경을 해달라고 말해놓고 잊고 있었다가 추후 누락된 사실을 인지하고 불만 제기

유의 사항

계약의 변경은 반드시 서면으로 요청하셔야 하며, 변경 내용에 대해 증권 또는 배서승인서 등을 통해 확인하셔야 합니다.



K씨는 직업이 변경되어 보험사에 통지하였으나 직업의 위험도가 변경되어 현재 계약의 보험료 및 담보가 변경됨을 안내받고 불만 제기

유의 사항

표준약관(상해보험 계약 후 알릴의무)에 근거하여 직업 급수(위험도)에 따라 보험료의 증액을 청구하거나 계약의 해지 등 가입조건이 변경될 수 있습니다.

민원사례를 꼼꼼히 읽고
유의사항을 명심하세요~!



목 차

가입자 유의사항	19
주요내용 요약서	22
보험용어 해설	27

무배당 메리츠 간편한 3대질병보험2007 보통약관

제1절 일반조항	31
제1관 목적 및 용어의 정의	31
제1조(목적)	31
제2조(용어의 정의)	31
제2관 보험금의 지급	33
제3조(보험금의 지급사유)	33
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	33
제5조(보험금 지급사유의 통지)	34
제6조(보험금의 청구)	34
제7조(보험금의 지급절차)	34
제8조(보험금 받는 방법의 변경)	36
제9조(주소변경통지)	36
제10조(보험수익자의 지정)	36
제11조(대표자의 지정)	36
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	37
제12조(계약 전 알릴 의무)	37
제13조(알릴 의무 위반의 효과)	38
제14조(사기에 의한 계약)	39
제4관 보험계약의 성립과 유지	39
제15조(보험계약의 성립)	39
제16조(청약의 철회)	40
제17조(약관교부 및 설명의무 등)	41
제18조(계약의 무효)	43
제19조(계약내용의 변경 등)	45
제20조(보험나이 등)	46
제21조(계약의 자동갱신)	46
제22조(계약의 소멸)	47
제5관 보험료의 납입	48
제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	48

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)	48
제25조(보험료의 자동대출납입)	49
제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	49
제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	50
제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	51
제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	52
제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	52
제30조(중대사유로 인한 해지)	52
제31조(회사의 파산선고와 해지)	53
제32조(해지환급금)	53
제33조(보험계약대출)	53
제34조(배당금의 지급)	54
제7관 분쟁의 조정 등	54
제35조(분쟁의 조정)	54
제36조(관할법원)	54
제37조(소멸시효)	54
제38조(약관의 해석)	54
제39조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	55
제40조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)	55
제41조(회사의 손해배상책임)	56
제42조(개인정보보호)	56
제43조(준거법)	56
제44조(예금보험에 의한 지급보장)	57
제2절 보장조항	58
2-1. 갱신형 암진단비(유사암제외)(간편가입 II)보장	58
2-2. 갱신형 뇌졸중진단비(간편가입 II)보장	62
2-3. 갱신형 급성심근경색증진단비(간편가입 II)보장	64

무배당 메리츠 간편한 3대질병보험2007 특별약관

I. 상해 관련 특별약관	69
1. 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관	69
II. 질병 관련 특별약관	75
1. 갱신형 유사암진단비(간편가입 II)보장 특별약관	75
2. 갱신형 유사암진단비 II (간편가입 II)보장 특별약관	78
3. 갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)(간편가입 II) 보장 특별약관	82

4. 갱신형 5대고액치료비암진단비(간편가입 II)보장 특별약관	85
5. 갱신형 16대특정암진단비(간편가입 II)보장 특별약관	88
6. 갱신형 갑상선암(초기제외)진단비(간편가입 II)보장 특별약관	91
7. 갱신형 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비(간편가입 II)보장 특별약관	95
8. 갱신형 매월 계속암치료비(간편가입 II)보장 특별약관	98
9. 갱신형 암수술비(유사암제외)(간편가입 II)보장 특별약관	107
10. 갱신형 암수술비(유사암제외)(최초1회한) (간편가입 II)보장 특별약관	112
11. 갱신형 유사암수술비(간편가입 II)보장 특별약관 ..	117
12. 갱신형 항암방사선약물치료비(간편가입 II)보장 특별약관	122
13. 갱신형 암직접치료입원일당(II)(요양병원제외, 4일이상)(간편가입 II)보장 특별약관	127
14. 갱신형 암요양병원입원일당(II)(4일이상 60일한도)(간편가입 II)보장 특별약관	134
15. 갱신형 암요양병원입원일당(II)(4일이상 90일한도)(간편가입 II)보장 특별약관	140
16. 갱신형 뇌혈관질환진단비(간편가입 II)보장 특별약관	146
17. 갱신형 뇌출혈진단비(간편가입 II)보장 특별약관 ..	149
18. 갱신형 허혈성심장질환진단비(간편가입 II)보장 특별약관	151
19. 갱신형 뇌혈관질환수술비(간편가입 II)보장 특별약관	154
20. 갱신형 뇌졸중수술비(간편가입 II)보장 특별약관 ..	157
21. 갱신형 뇌출혈수술비(간편가입 II)보장 특별약관 ..	160
22. 갱신형 허혈성심장질환수술비(간편가입 II)보장 특별약관	163
23. 갱신형 급성심근경색증수술비(간편가입 II)보장 특별약관	166
24. 갱신형 뇌졸중입원일당(4일이상)(간편가입 II)보장 특별약관	169
25. 갱신형 뇌출혈입원일당(4일이상)(간편가입 II)보장 특별약관	172
26. 갱신형 급성심근경색증입원일당(4일이상) (간편가입 II)보장 특별약관	175
27. 갱신형 2대질병입원일당(1일이상)(간편가입 II)보장 특별약관	178

28. 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	182
29. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도) (간편가입Ⅱ)보장 특별약관	189
30. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도) (간편가입Ⅱ)보장 특별약관	195
Ⅲ. 상해 및 질병 관련 특별약관	201
1. 갱신형 김스치료비보장 특별약관	201
2. 갱신형 신김스치료비보장 특별약관	205
Ⅳ. 비용 관련 특별약관	208
1. 갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관	208
Ⅴ. 기타 특별약관	215
보험료 자동납입 특별약관	215
전자서명 특별약관	216
지정대리청구서비스 특별약관	218
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관	220
장애인전용보험전환 특별약관	223
Ⅵ. 별표	228
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제7조 제5항 및 제32조 제2항 관련)	228
【별표2】 악성신생물(암) 분류표	229
【별표3】 제자리신생물 분류표	231
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	232
【별표5】 5대고액치료비암 분류표	234
【별표6】 16대특정암 분류표	236
【별표7】 기관(organ)분류표	238
【별표8】 뇌혈관질환 분류표	241
【별표9】 뇌졸중대상질병 분류표	242
【별표10】 뇌출혈 분류표	243
【별표11】 허혈성심장질환 분류표	244
【별표12】 급성심근경색증대상질병 분류표	245
【별표13】 신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표	246
【별표14】 소송목적의 값에 따른 변호사비용	252

【별표15】 민사소송 등 인지법에 정한 인지액	253
【별표16】 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)	253
Ⅶ. 인용 법·규정	254
【법규1】 개인정보 보호법	254
【법규2】 공직선거법	258
【법규3】 교통사고처리특례법	260
【법규4】 국민건강보험법	262
【법규5】 도로교통법	263
【법규6】 민법	264
【법규7】 민사소송법	265
【법규8】 보험업감독규정	268
【법규9】 보험업법	268
【법규10】 보험업법시행령	269
【법규11】 소비자기본법	271
【법규12】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률	272
【법규13】 약사법	275
【법규14】 여객자동차 운수사업법 시행령	275
【법규15】 의료급여법	278
【법규16】 의료법	279
【법규17】 의료법 시행규칙	281
【법규18】 자동차관리법 시행규칙	283
【법규19】 자동차손해배상보장법 시행령	286
【법규20】 장기등 이식에 관한 법률	288
【법규21】 장애인복지법 시행규칙	290
【법규22】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률	292
【법규23】 한의약육성법	293
【법규24】 형법	294
【법규25】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률	299
【법규26】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령	301
【법규27】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙	305
【법규28】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률	306
■ 색인	308

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴의무 위반

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

○ 간편심사보험

- 이 상품은 ‘간편심사’ 상품으로 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 이 보험료보다 저렴한 일반심사보험에 가입할 수 있습니다. (다만, 일반심사보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있습니다.)

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 유사암보장개시일, 5대고액치료비암보장개시일, 16대특정암보장개시일, 갑상선암(초기제외)보장개시일, 뇌혈관질환보장개시일, 허혈성심장질환보장개시일은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신했던 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 갱신행 보장

- 회사는 갱신행 보장의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신행 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사 표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신행됩니다.
- 회사는 갱신행계약에 대하여는 갱신행 현재의 보험요율을 적용하며, 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.
- 갱신행보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신행 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나

열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 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.

○ 입원 관련 보장

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

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험 계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를

읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

- ② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(상법 제731조에서 정한 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 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.
- 만15세 미만자, 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.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸

이 계약은 피보험자가 사망한 경우, 그때부터 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 「납입기일」까지 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 대하여는 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 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이 내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 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

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이

발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

- (1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
- (2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
- (3) 현재의 직업을 그만둔 경우

② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

- 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적의 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

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

9. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 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. 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라

회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

- **보험약관**
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- **보험증권**
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서
- **계약자**
회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- **피보험자**
보험사고 발생의 대상이 되는 사람
- **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
- **보험료**
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
- **보험금**
피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
- **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간
- **보장개시일**
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- **보험계약일**
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
- **보험가입금액**
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이

되는 금액

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

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 메리츠
간편한 3대질병보험2007 보통약관

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

① 계약 관련 용어

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

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
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.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준 질병사인 분류	제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균 공시이율은 2.5%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

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

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원
- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

4] 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5] 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.
보장 보험료	계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

【보험료】

보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 이 계약의 보험료는 「보장보험료」로 구성되어 있습니다.

또한, 보장보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료와 회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제5조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 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.

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(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 제6조(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 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 제39조(분쟁의 조정)에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

- ③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 따라 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.

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 **【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】**에서 정한 이율로 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 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적,

사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조(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 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조(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.

제10조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이 외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제11조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 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.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 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 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.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만

얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 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 최초계약을 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 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제14조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확인을 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.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조(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.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위

한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【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 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부과하는 방법을 말합니다.

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 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년

미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

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.

제17조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는

경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】

보험업법 시행령 제42조의 2(설명 의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

【전자서명법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명】

다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제18조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(상법 제731조에서 정한 전자문서를 포함합니다)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 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명 또는 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 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

【심신상실자 및 심신박약자】

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

제19조(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
- 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.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 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 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경

우에는 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.

제20조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제18조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제만 나이를 적용합니다.

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 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2020년 4월 14일
⇒ 2020년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 31년 6월 12일 = 32세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시) 계약일 : 2020년 10월 1일 → 계약해당일 : 10월 1일
계약일 : 2020년 2월 29일 → 계약해당일 : 2월 말일

제21조(계약의 자동갱신)

① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ④ 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

② 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로

부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다) 또는 보통약관 보험종료나이까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

④ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제3항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제22조(계약의 소멸)

① 제2절 보장조항 각 보장의 「보장의 소멸」 조항에 따라 계약자가 가입한 보장이 모두 소멸된 경우 이 계약의 보장 책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 사망에는 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.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

【민법 27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 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.

제5관 보험료의 납입

제23조(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 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제13조(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.

제24조(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.

제25조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 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 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 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 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 해지된 경우에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 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 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산

한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

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

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는

것을 말합니다.

3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제18조(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 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

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

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【 예시 】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 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(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제33조(보험계약대출)

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

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라

계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)

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

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, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2020년 4월 1일에 발생하였음에도 2023년 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.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

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(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변

경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 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】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제42조(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.

제43조(준거법)

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

제44조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

2-1. 갱신형

암진단비(유사암제외)(간편가입 II)보장

제1조(보험금의 지급사유)

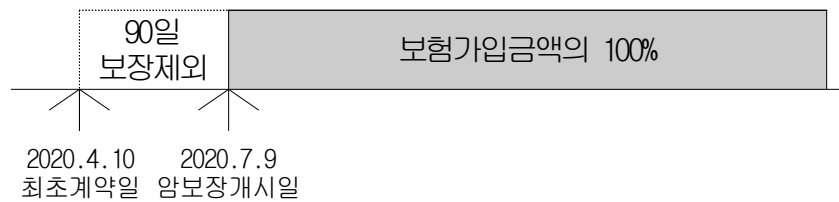
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암진단비 (유사암제외) (단, 최초1회에 한하여 지급)	암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%	
	소액암 진단시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

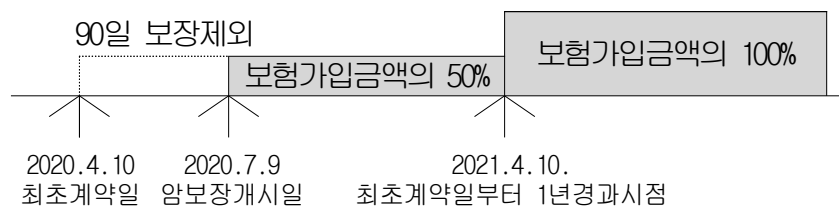
【암진단비(유사암제외)】[예시]

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암 및 소액암 제외) >



< 소액암 >



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다.

구 분		지급금액
암진단비 (유사암제외) (단, 최초1회에 한하여 지급)	암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%
	소액암 진단시	보험가입금액의 100%

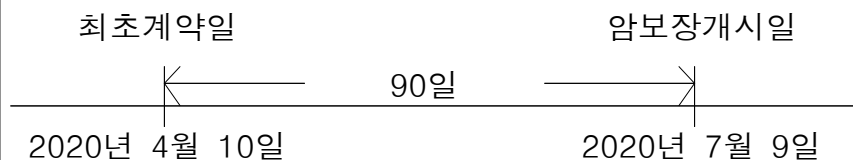
③ 「암(유사암 및 소액암 제외)」과 「소액암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

④ 「암(유사암 및 소액암 제외)」진단확정 후 「소액암」으로 진단 확정시에는 소액암진단시에 해당하는 보험금은 지급하지 않으며, 「소액암」으로 진단확정 후 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 확정시에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제1절 일반조항 제22조(계약의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑥ 이 보장책임에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어 「소액암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 아래의 악성신생물(암)을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 이 계약에 있어 「암(유사암 및 소액암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 제1항의 「소액암」, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 계약에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 「암(유사암 및 소액암 제외)」 및 「소액암」을 총칭합니다.

④ 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌

막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(보장의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」로 진단확정되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제5조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

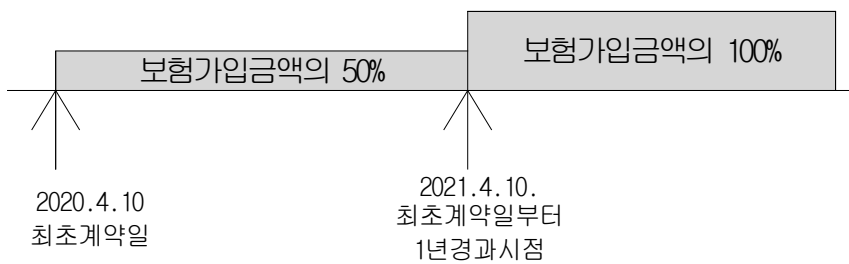
2-2. 갱신형 뇌졸중진단비(간편가입Ⅱ)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌졸중진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌졸중 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제1절 일반조항 제22조(계약의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표 9(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내 출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을

유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

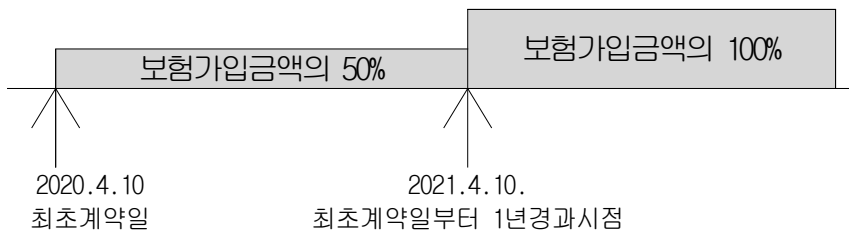
2-3. 갱신형 급성심근경색증진단비(간편가입 II)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성심근경색증진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
급성심근경색증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제1절 일반조항 제22조(계약의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표12(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

무배당 메리츠
간편한 3대질병보험2007 특별약관

Ⅰ. 상해 관련 특별약관

1. 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표13(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에서 정한 신골절로 진단 확정시 보험수익자에게 1사고당 보험가입금액에 【별표13(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】의 각 호에 정한 비율을 곱한 금액을 신골절치료비보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일사고에 의해 2종류 이상의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 그 합계액을 지급하나, 신체 동일부위에 발생한 골절 등에 대해서는 그 중 가장 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 이 경우 회사가 지급하여야 할 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 골다공증(뼈 조직의 구성은 정상이나 그 뼈의 단위 체적당 뼈의 양이 감소된 상태를 말합니다.)의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절(피보험자가 가지고 있는 기초질환 때문에 뼈가 외부로의 힘에 대한 저항력이 약하여 가벼운 외부의 힘에도 골절이 일어나는 경우를 말합니다)에 대하여는 골절의 부위나 종류에 관계없이 1사고당 【별표13(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 따라 해당 보험금을 지급합니다.

③ 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.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단

(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

【 심신상실 】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

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 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(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 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 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 신분에서 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제19조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기

전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

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

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제6조(알릴 의무 위반의 효과)

① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.

② 제1항 이외에 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제2항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반 조항을 따릅니다.

II. 질병 관련 특별약관

1. 갱신형 유사암진단비(간편가입 II)보장 특별약관

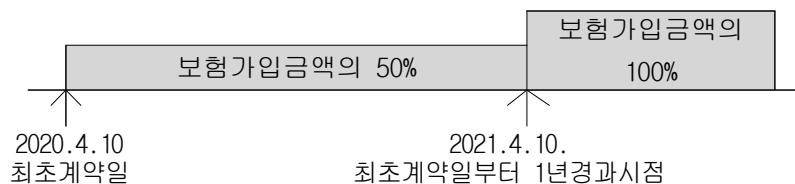
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3

항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사 결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로

됩니다.

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 갱신형 유사암진단비Ⅱ(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

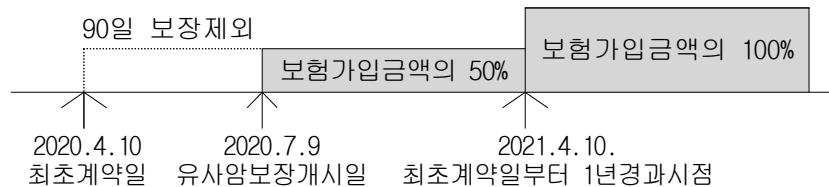
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유사암보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다.

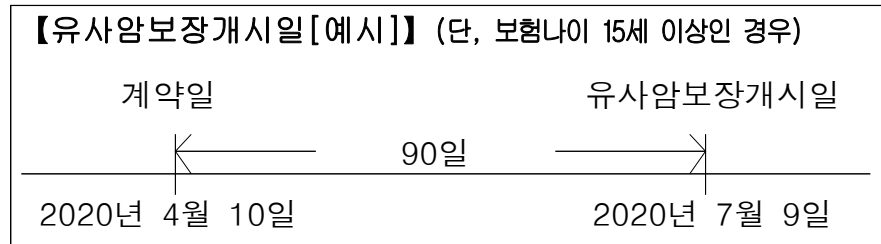
구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

④ 피보험자가 유사암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸)

제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 유사암보장개시일이라 함은 최초계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 유사암보장개시일로 합니다.



제2조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가

「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 유사암보장개시일의 전일 이전에 「유사암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 유사암보장개시일을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

3. 갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)(간편가입 II)보장 특별약관

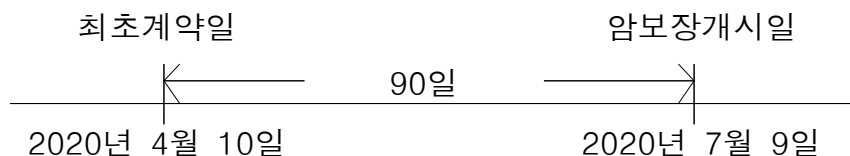
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암 및 소액암 제외)」로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암 및 소액암 제외)로 지급합니다.

② 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(유사암 및 소액암 제외)」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암 및 소액암 제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(암(유사암 및 소액암 제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암 및 소액암 제외)」라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 아래의 악성신생물(암), C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 「암(유사암 및 소액암 제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암 및 소액암 제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 및 소액암 제외)」로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거

나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 및 소액암 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

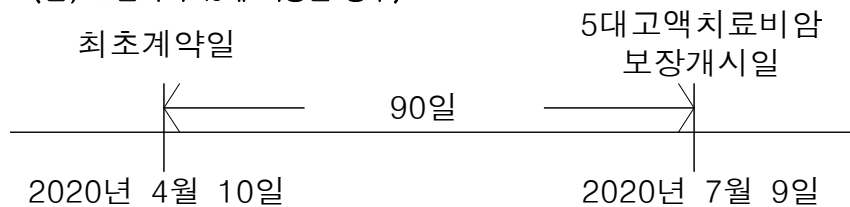
4. 갱신행 5대고액치료비암진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 5대고액치료비암보장개시일 이후에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대고액치료비암진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 5대고액치료비암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 5대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 5대고액치료비암보장개시일라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 5대고액치료비암보장개시일로 합니다.

【5대고액치료비암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「5대고액치료비암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로 【별표5(5대고액치료비암 분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기 분류에서 제외합니다.
- ② 「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「5대 고액치료비암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 5대고액치료비암보장개시일의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 5대고액치료비암보장개시일을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

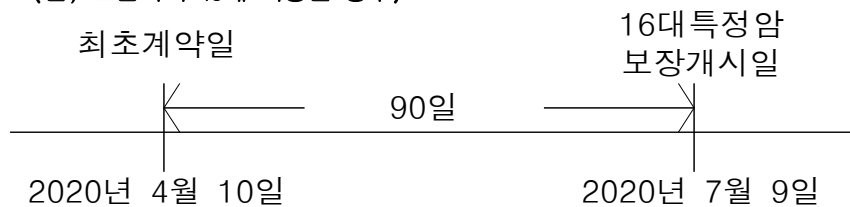
5. 갱신형 16대특정암진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 16대특정암보장개시일 이후에 「16대특정암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 16대특정암진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 16대특정암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 16대특정암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 16대특정암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 16대특정암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 16대특정암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 16대특정암보장개시일로 합니다.

【16대특정암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「16대특정암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「16대특정암」으로 분류되는 질병으로 【별표6(16대특정암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition

or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

② 「16대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「16대특정암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 16대특정암진단비로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 16대특정암 보장개시일의 전일 이전에 「16대특정암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 16대특정암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 16대특정암보장개시일을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

갑상선암(초기제외)진단비(간편가입Ⅱ)보장
특별약관

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후에 「갑상선암(초기제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암(초기제외) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

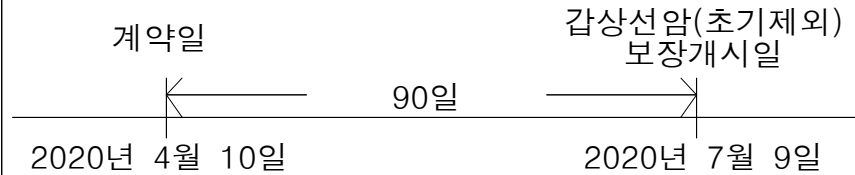
The diagram illustrates the timeline for the 90-day guarantee period and the insurance premium periods. It features a horizontal timeline with three key dates marked by vertical lines: 2020.4.10 (최초계약일), 2020.7.9 (갑상선암(초기제외) 진단일), and 2021.4.10. (최초계약일부터 1년경과시점). Above the timeline, three rectangular boxes represent different periods: a dotted box from 2020.4.10 to 2020.7.9 labeled '90일보장제외', a solid box from 2020.7.9 to 2021.4.10 labeled '보험가입금액의 50%', and a solid box from 2021.4.10 onwards labeled '보험가입금액의 100%'.

구 분	지급금액
갑상선암(초기제외) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

4 이 특별약관에서 갑상선암(초기제외)보장개시일이라 함

은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 갑상선암(초기제외)보장개시일로 합니다.

【갑상선암(초기제외)보장개시일[예시]】



제2조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「초기갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」 중에서 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 2.0cm미만으로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암(초기제외)」이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」 중에서 제2항에서 정한 「초기갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다.
- ④ 「갑상선암(초기제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「갑상선암(초기제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암(초기제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 갑상선암(초기제외)보장개시일의 전일 이전에 「갑상선암(초기제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 갑상선암(초기제외)보장개시일을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반 조항을 따릅니다.

7. 갱신형 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비(간편가입 II)보장 특별약관

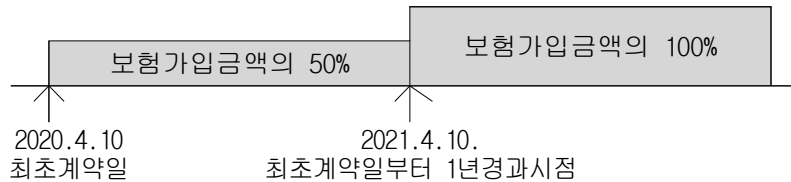
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 진단확정된 이후 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 「전이암진단비」로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암 및 기타피부암의 전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【전이암진단비[예시]】

< 갑상선암 및 기타피부암의 전이암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 「전이암진단비」로 지급합니다.

구 분	지급금액
갑상선암 및 기타피부암의 전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 「갑상선암」 또는 「기타피부암」과 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이 동시에 진단확정된 경우에도 제1항 및 제2항에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 「전이암진단비」를 지급합니다.

다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 「전이암진단비」에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(갑상선암, 기타피부암 및 갑상선암 및 기타피부암의 전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이라 함은 제1항 및 제2항에서 정한 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표7(기관(organ)분류표) 참조)과 다른 기관(organ)에 「전이암」으로 진단확정된 「암」을 말합니다.

④ 제3항의 「전이암」이라 함은 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

⑤ 제4항의 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

⑥ 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불

명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 인하여 ‘종피성 및 연조직’ (【별표7(기관(organ)분류표】참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
- ② 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 인하여 ‘비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계’ (【별표7(기관(organ)분류표】참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

8. 갱신헌 매월 계속암치료비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

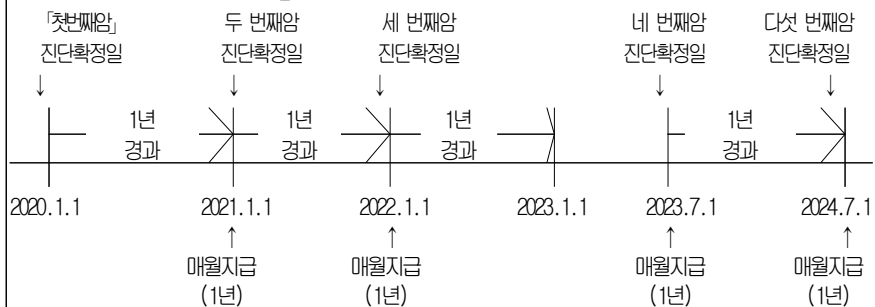
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 계속암보장개시일 이후 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 「매월 계속암치료비」로 매월 1년간 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다.(이하 계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외))은 「계속암」이라 합니다) 다만, 「매월 계속암치료비」 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
계속암 진단시	보험가입금액을 매월 1년간 확정지급

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2020년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2020년 2월 29일

【「매월 계속암치료비」지급예시】



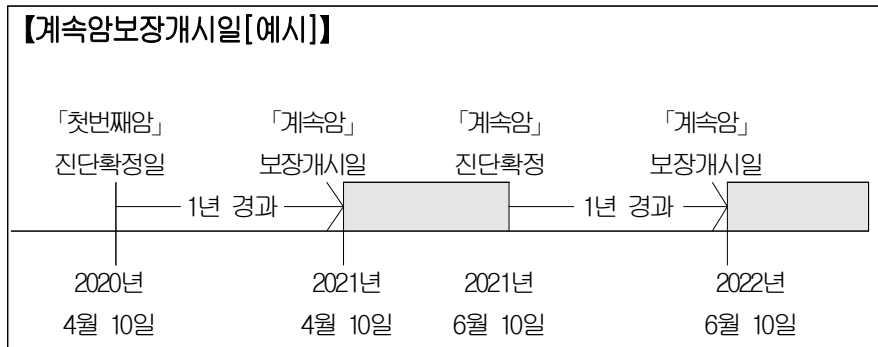
② 피보험자가 계속암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「계속암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 「매월 계속암치료비」를 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 「매월 계속암치료비」에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

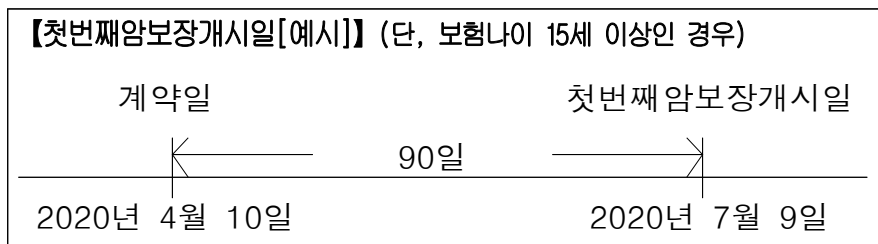
④ 이 특별약관에서 계속암보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

- ① 첫 번째 「계속암」 : 첫번째암보장개시일 이후 「첫번째암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약

- 을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
- ② 두 번째 이후 「계속암」 : 직전 「계속암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



- ⑤ 이 특별약관에서 첫번째암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 제10조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 첫번째암보장개시일로 합니다.



제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분

류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제3조(계속암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「계속암」이란 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 제2조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 「첫번째암」이라 합니다) 또는 「계속암」진단확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 계속암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 새로운 원발암
- ② 전이암
- ③ 재발암

④ 잔여암

② 제1항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

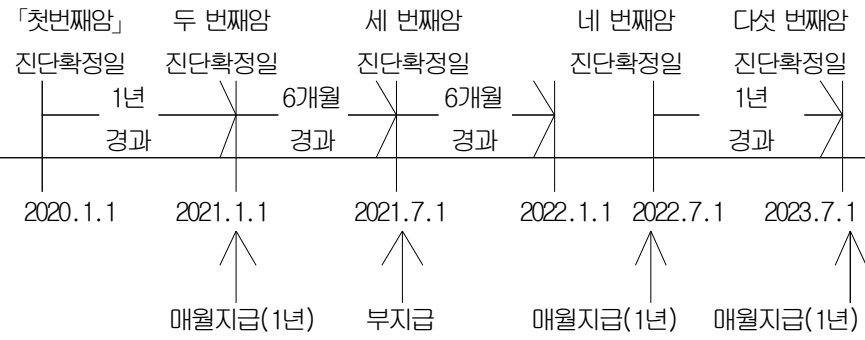
④ 제1항 3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑤ 제1항 4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「계속암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「계속암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외합니다.

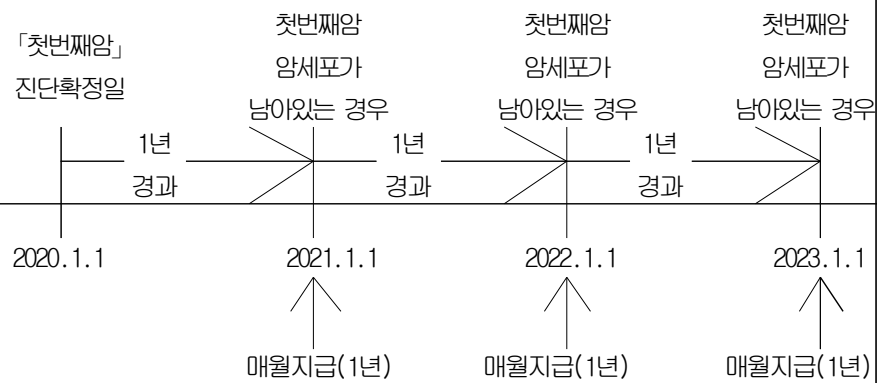
【매월 계속암치료비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



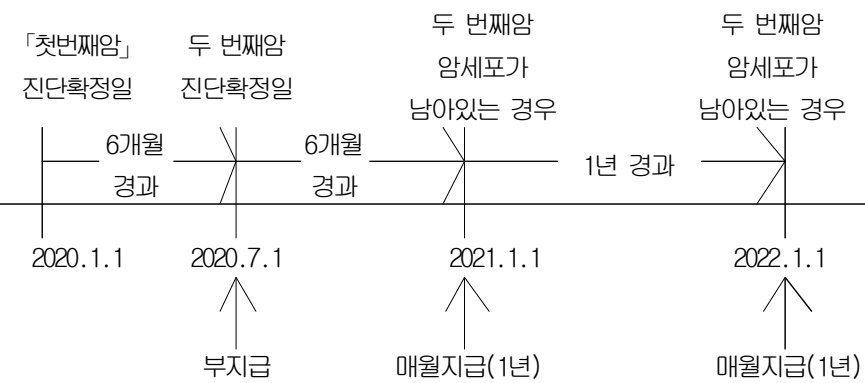
【매월 계속암치료비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【매월 계속암치료비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「계속암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 1년 내에 제3조(계속암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 암으로 진단확정된 경우에는 「매월 계속암치료비」를 지급하지 않습니다.

제5조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 첫번째암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

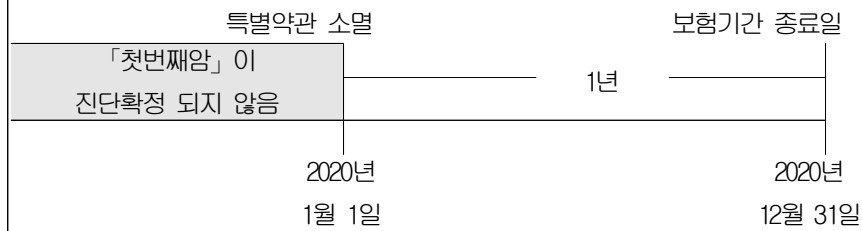
제8조(특별약관의 소멸)

① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

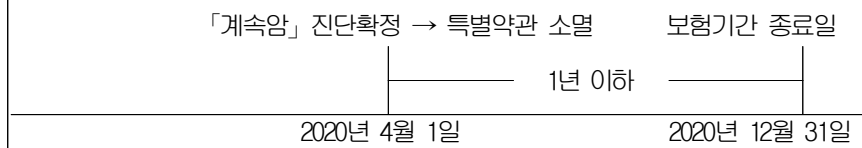
- ① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
- ② 「계속암」이 진단확정 시점에 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【매월 계속암치료비 보장 소멸 예시】

① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



② 「계속암」 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



② 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 소멸됩니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 계속암보장개시일 및 첫번째암보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 특별약관이 만기되는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 특별약관이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 특별약관(이하 「갱신평약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 갱신전 특별약관의 보험료가 정상적으로 납입완료되었을 것
- ④ 갱신전 특별약관이 소멸되지 않을 것

② 갱신평약의 보험기간은 갱신전 특별약관의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나

이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 특별약관의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-1세)까지 「첫번째암」이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-1)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

④ 회사는 갱신평약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신평약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

⑤ 회사는 제1항의 갱신제한 사유 및 제4항의 갱신평약 보험료에 대하여 갱신전 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

제11조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

9. 갱신형 암수술비(유사암제외)(간편가입 II)보장 특별약관

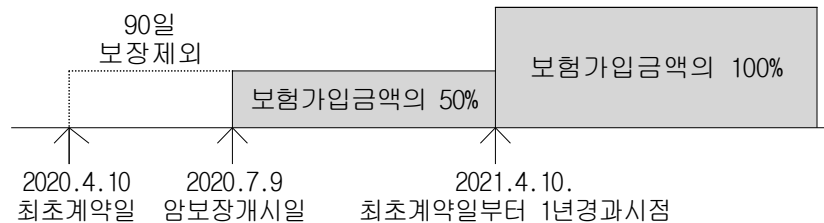
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외) 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암수술비(유사암제외)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

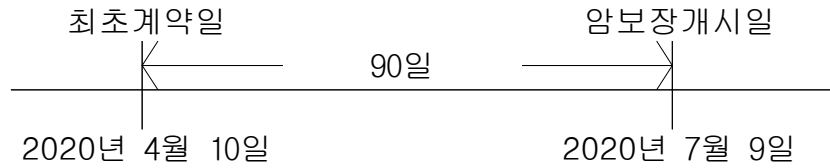


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암수술비(유사암제외) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)으로 지급합니다.

구분	지급금액
암(유사암제외) 수술시	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]] (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)이 지급되지 않습니다.
- 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 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

10. 갱신형 암수술비(유사암제외)(최초1회한) (간편가입 II)보장 특별약관

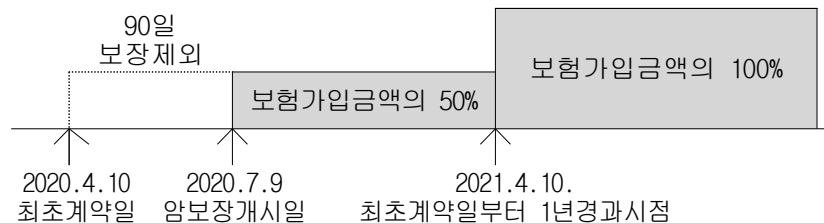
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암(유사암제외) 수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암수술비(유사암제외)(최초1회한)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

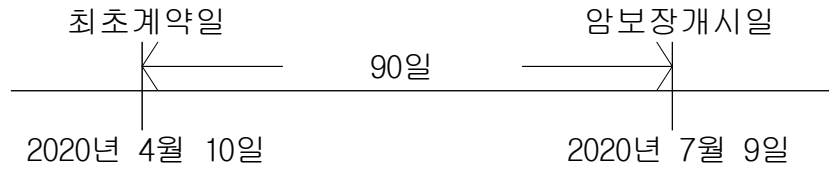


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암수술비(유사암제외) 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

구분	지급금액
암(유사암제외) 수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.
- 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 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

11. 갱신형 유사암수술비(간편가입 II)보장 특별약관

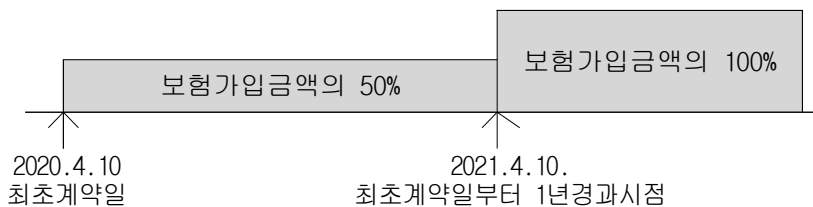
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 유사암수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암수술비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 유사암수술비 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 수술1회당 아래의 금액을 유사암수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험

금 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.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
 - ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

12. 갱신형 항암방사선약물치료비(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

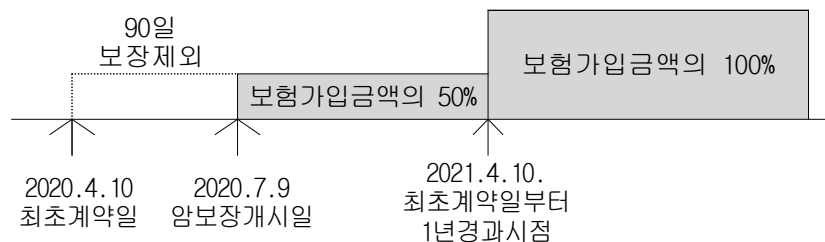
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암으로 항암방사선·약물치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

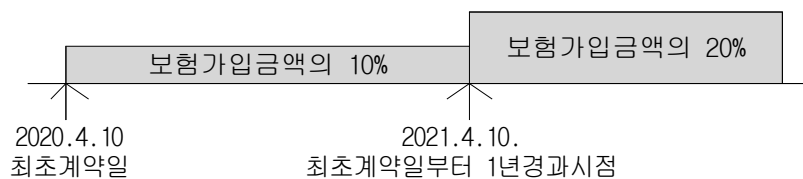
【항암방사선약물치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자

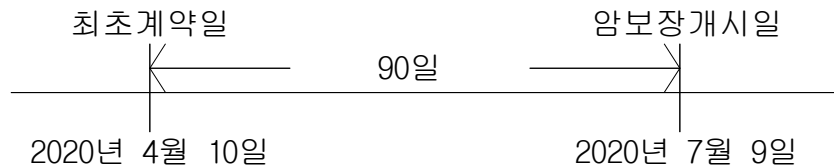
가 제1항에서 정한 진단확정시에는 보험수익자에게 아래의 금액을 항암방사선·약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암으로 항암방사선·약물치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

③ 다만, 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「기타 피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시에 해당하는 보험금은 지급하지 아니하며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암으로 항암방사선·약물치료시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사 인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2 (악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성 신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태,

Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로

고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인

한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

13. 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 4일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

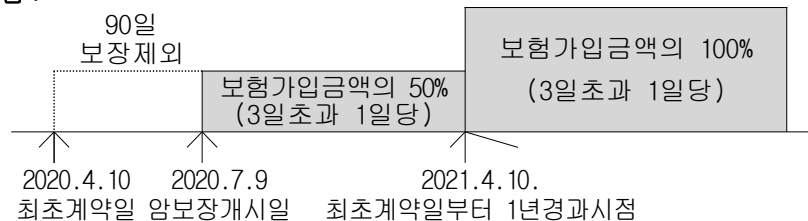
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 4일이상 계속 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 50%	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

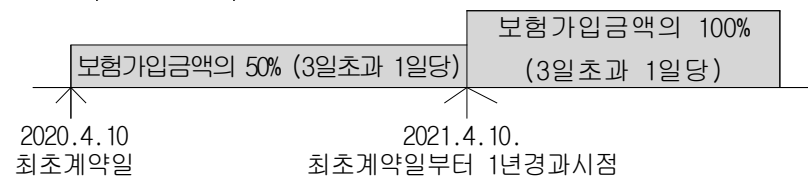
【암직접치료입원일당(Ⅱ)(4일이상)【예시】】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >

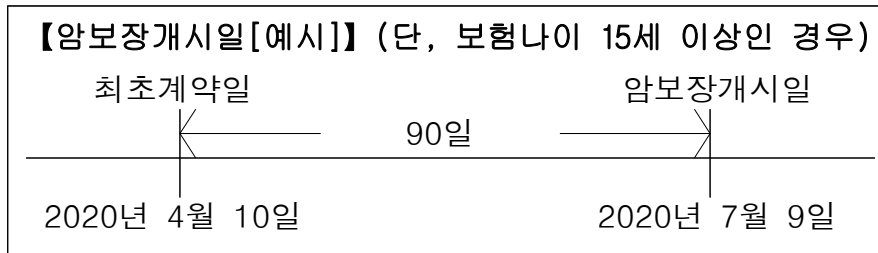


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 4일이상 계속입원하여 제5조(입원의 정의와 장

소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에

는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 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 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 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 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질

병의 직접적인 치료」로 봅니다.

- ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제
제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역
치료
- ② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해
필수불가결한 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해
필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료
로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의
료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암
환자에 대한 치료

**【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의
료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】**

3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해
당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근
원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어
보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의
사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에
사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
가. 암

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등
의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에
서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정
한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의
료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의
요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제
외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는
것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료
를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으
로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여,
「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이
발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라
「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목
적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를
목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한
입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된
경우에는 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한

동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반 조항을 따릅니다.

14. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(4일이상 60일한도)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

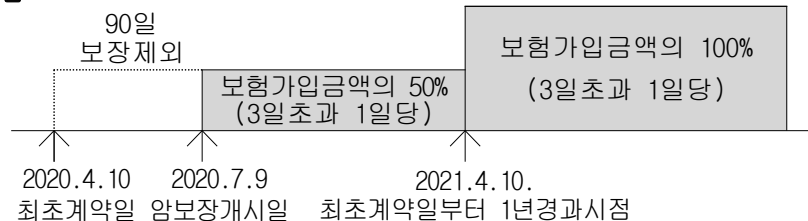
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 50%	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

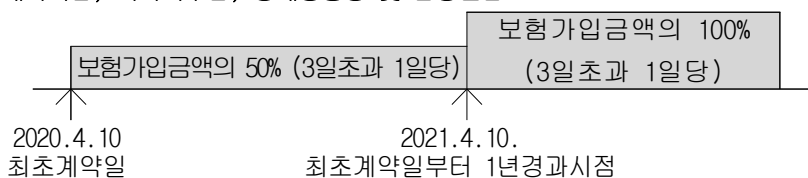
【암요양병원입원일당(Ⅱ)(4일이상)【예시】】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >

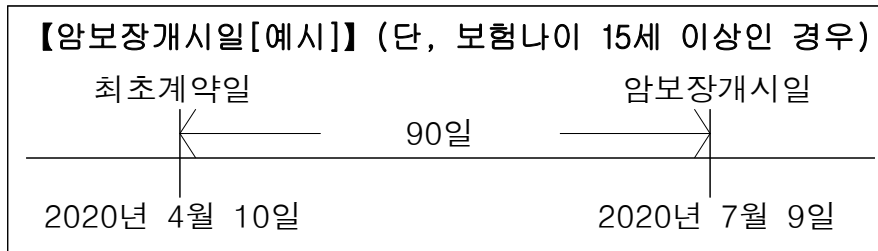


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 4일이상 계속입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험

수익자에게 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

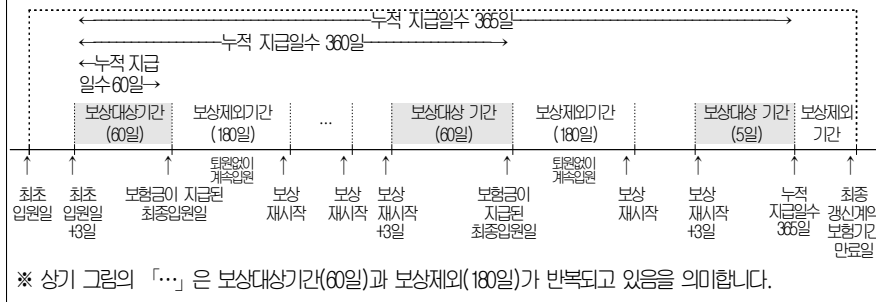
③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

【보상기간 예시】



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 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.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서

의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계

약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복) 일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반 조항을 따릅니다.

15. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(4일이상 90일한도)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

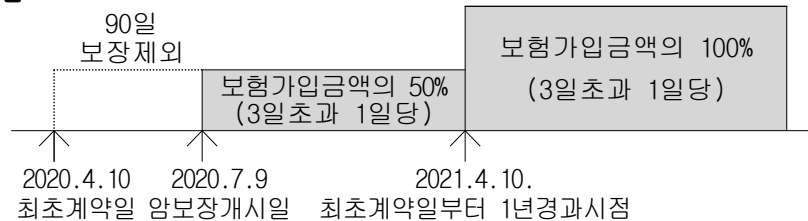
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 50%	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

【암요양병원입원일당(Ⅱ)(4일이상)【예시】】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >

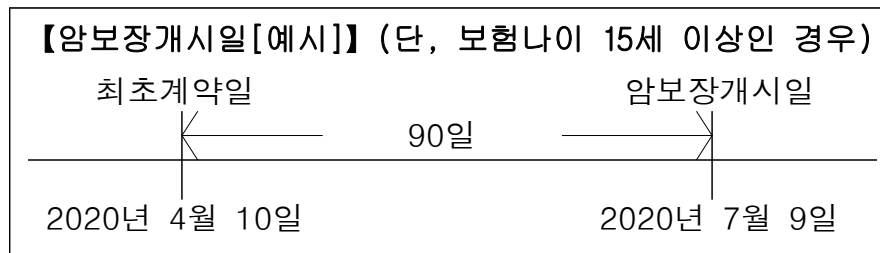


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 4일이상 계속입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수

익자에게 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

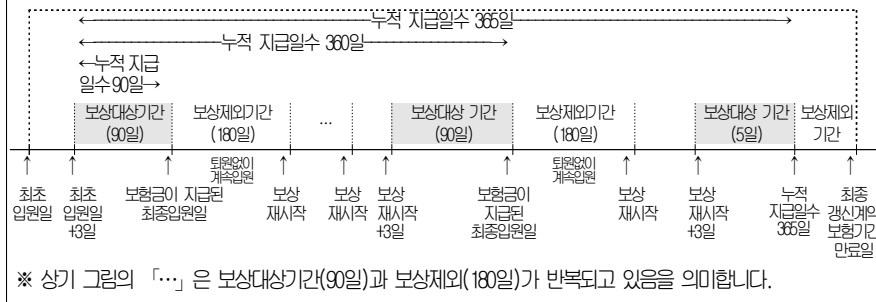
③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

【보상기간 예시】



- ⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 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.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서

의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계

약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복) 일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반 조항을 따릅니다.

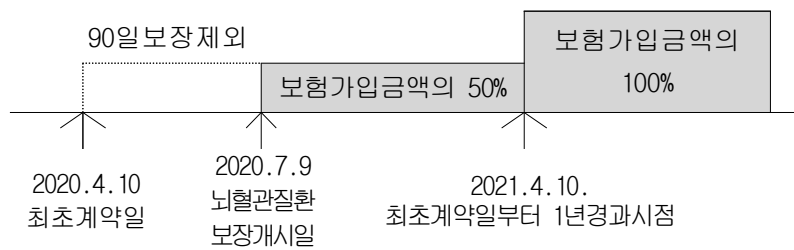
16. 갱신형 뇌혈관질환진단비(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌혈관질환보장개시일 이후에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환진단비[예시]】



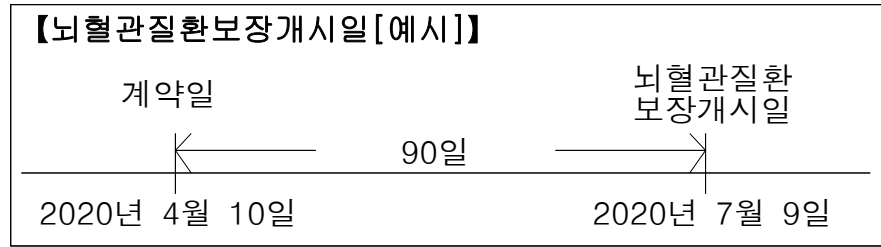
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 뇌혈관질환보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다

④ 이 특별약관에서 뇌혈관질환보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱

신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 뇌혈관질환보장개시일로 합니다.



제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병 (【별표8(뇌혈관질환 분류표)】참조)을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인

감증명서 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 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 뇌혈관질환 보장개시일의 전일 이전에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 뇌혈관질환보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

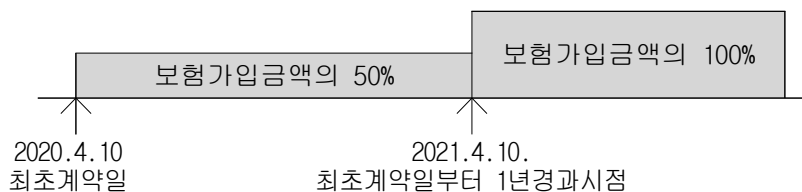
17. 갱신형 뇌출혈진단비(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌출혈」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌출혈진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌출혈진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌출혈로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌출혈진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌출혈」로 분류되는 질병으로 【별표 10(뇌출혈 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 또한, 회사가 「뇌출혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌출혈」로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

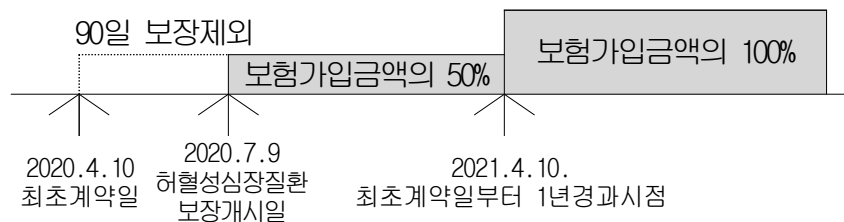
18. 갱신형 허혈성심장질환진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 허혈성심장질환보장개시일 이후에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다.

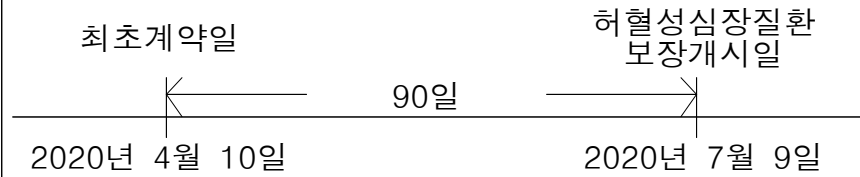
구분	지급금액
허혈성심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 허혈성심장질환보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 및 제2항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 허혈성심장질환보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자

동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 허혈성심장질환보장개시일로 합니다.

【허혈성심장질환보장개시일[예시]】



제2조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표11(허혈성심장질환 분류표)】참조)을 말합니다.
- ② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - ② 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인

감증명서 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 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 허혈성심장질환보장개시일의 전일 이전에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 허혈성심장질환보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

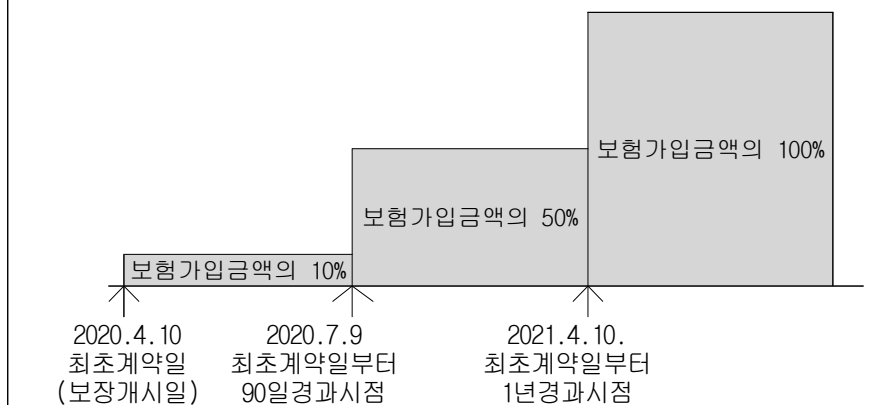
19. 갱신형 뇌혈관질환수술비(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 90일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	최초계약일부터 90일경과시점 전일 이전	최초계약일부터 90일경과시점 이후 최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 으로 수술시	보험가입금액 의 10%	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【뇌혈관질환수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌혈관질환으로 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표8(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 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
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

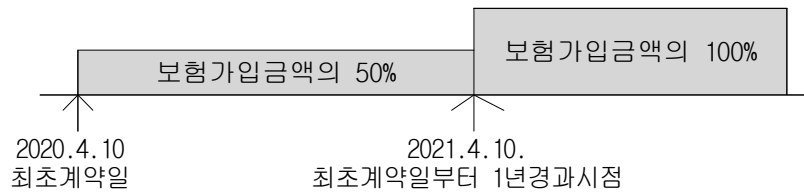
20. 갱신형 뇌졸중수술비(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌졸중수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중으로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌졸중수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌졸중수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌졸중으로 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표9(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내

려져야 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. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)

- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 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
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

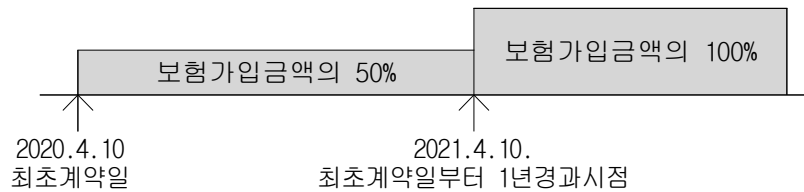
21. 갱신형 뇌출혈수술비(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌출혈」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌출혈수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌출혈로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌출혈수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「뇌출혈」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌출혈수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌출혈로 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌출혈」로 분류되는 질병으로 【별표 10(뇌출혈 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층

술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌출혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌출혈」로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 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
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

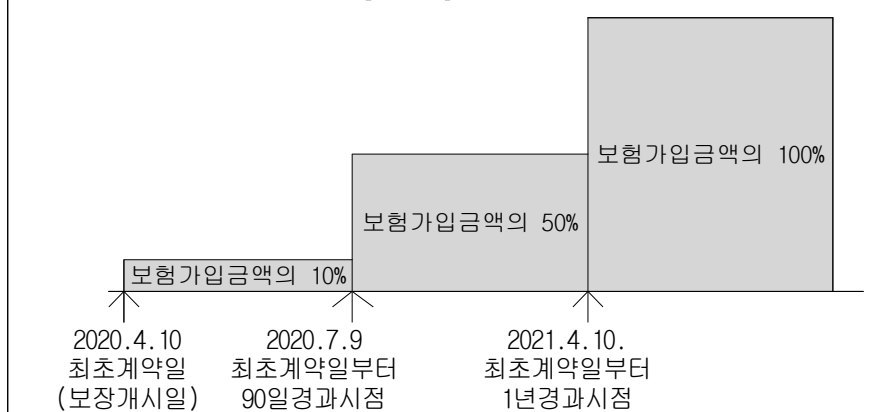
22. 갱신형 허혈성심장질환수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 90일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	최초계약일부터 90일경과시점 전일 이전	최초계약일부터 90일경과시점 이후 최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장 질환으로 수술시	보험가입금액 의 10%	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【허혈성심장질환수술비【예시】】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
허혈성심장질환으로 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표11(허혈성심장질환 분류표)】참조)을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 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
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

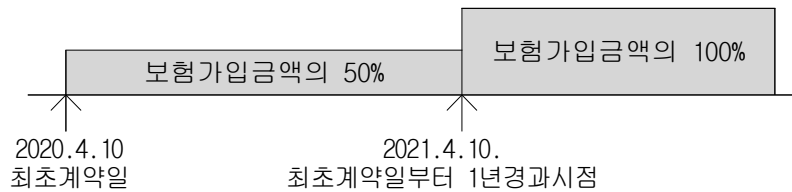
23. 갱신형 급성심근경색증수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 급성심근경색증수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증 으로 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성심근경색증수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 급성심근경색증수술비로 지급합니다.

구분	지급금액
급성심근경색증으로 수술시	보험가입금액의 100%

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표12(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심

장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【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)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가

임목적의 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
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- 고주파 하이푸 용해술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술
- 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

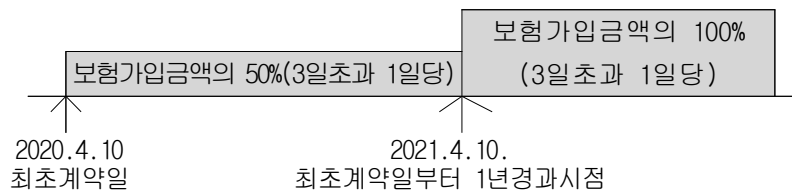
24. 갱신형 뇌졸중입원일당(4일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌졸중입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 50%	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

【뇌졸중입원일당(4일이상)[예시】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원시 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌졸중입원일당으로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌졸중으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 뇌졸중입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ② 동일한 「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「뇌졸중」에 대한 입원이라

도 뇌졸중입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌졸중입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌졸중입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 피보험자가 「뇌졸중」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 뇌졸중입원일당을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌졸중입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표9(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하

여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 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 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

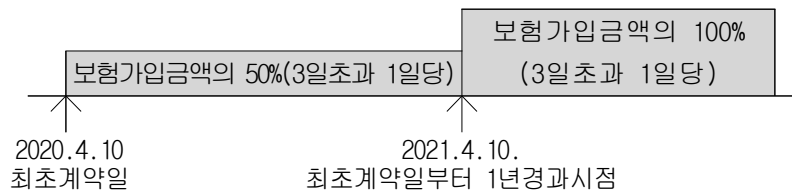
25. 갱신형 뇌출혈입원일당(4일이상)(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌출혈」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌출혈입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌출혈로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 50%	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

【뇌출혈입원일당(4일이상)[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「뇌출혈」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원시 보험수익자에게 아래의 금액을 뇌출혈입원일당으로 지급합니다.

구분	지급금액
뇌출혈로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 뇌출혈입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ② 동일한 「뇌출혈」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「뇌출혈」에 대한 입원이라

도 뇌출혈입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌출혈입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌출혈입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 피보험자가 「뇌출혈」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 뇌출혈입원일당을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌출혈입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌출혈」로 분류되는 질병으로 【별표 10(뇌출혈 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 또한, 회사가 「뇌출혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있

있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

- ② 부검감정서상 사인이 「뇌출혈」로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 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 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

26. 갱신형

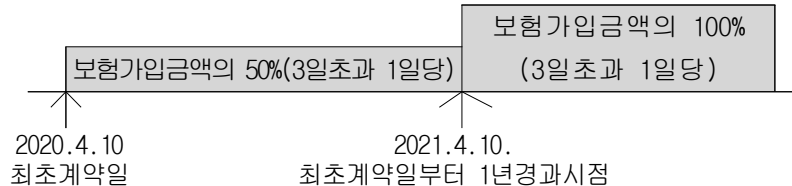
급성심근경색증입원일당(4일 이상)(간편가입 II)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을 급성심근경색증입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증으로 4일 이상 계속 입원시	3일 초과 1일당 보험가입금액의 50%	3일 초과 1일당 보험가입금액의 100%

【급성심근경색증입원일당(4일 이상)[예시]】



② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원시 보험수익자에게 아래의 금액을 급성심근경색증입원일당으로 지급합니다.

구분	지급금액
급성심근경색증으로 4일 이상 계속 입원시	3일 초과 1일당 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 급성심근경색증입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

② 동일한 「급성심근경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「급성심근경색증」에 대한 입원이라도 급성심근경색증입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 급성심근경색증입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 급성심근경색증입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 피보험자가 「급성심근경색증」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 급성심근경색증입원일당을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 급성심근경색증입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표12(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 그러나 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하

여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 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 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

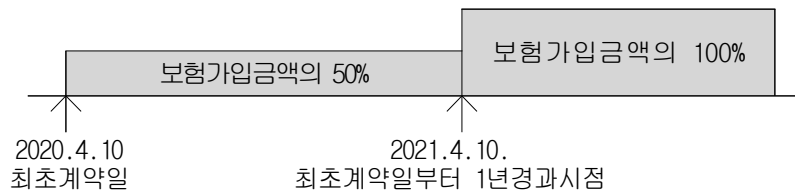
27. 갱신형 2대질병입원일당(1일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「2대질병」으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 2대질병입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
「2대질병」으로 입원시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【2대질병입원일당(1일이상)[예시]】



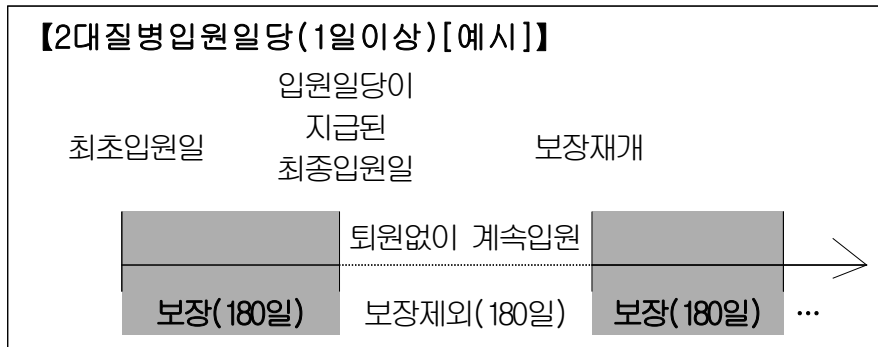
② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「2대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원시 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 2대질병입원일당으로 지급합니다.

구분	지급금액
「2대질병」으로 입원시	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 2대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
- ② 동일한 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「2대질병」에 대한 입원이 라도 2대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다

만, 아래와 같이 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 「2대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 2대질병입원일당을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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.

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 【별표9(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 【별표12(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증

을 말합니다.

④ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「2대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 그러나 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「2대질병」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 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 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「2대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「2대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「2대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「2대질병」으로 진단된 경우에는 이는 「2대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

28. 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

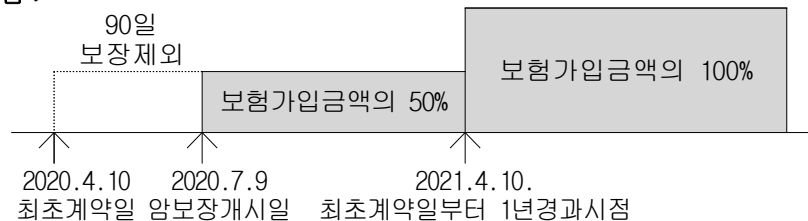
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」 등의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 입원시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

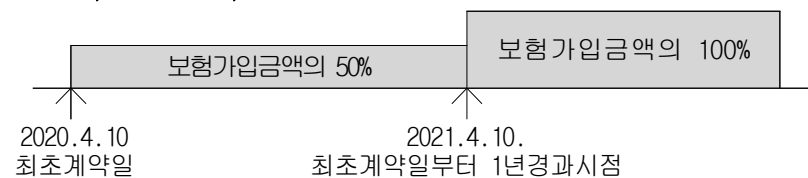
【암직접치료입원일당(Ⅱ)(1일이상)[예시】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >

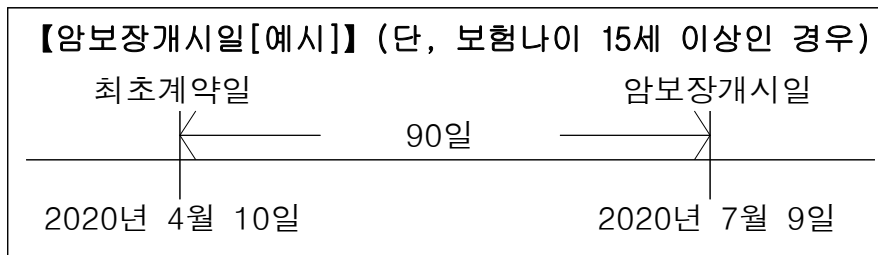


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암」 등의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한

의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

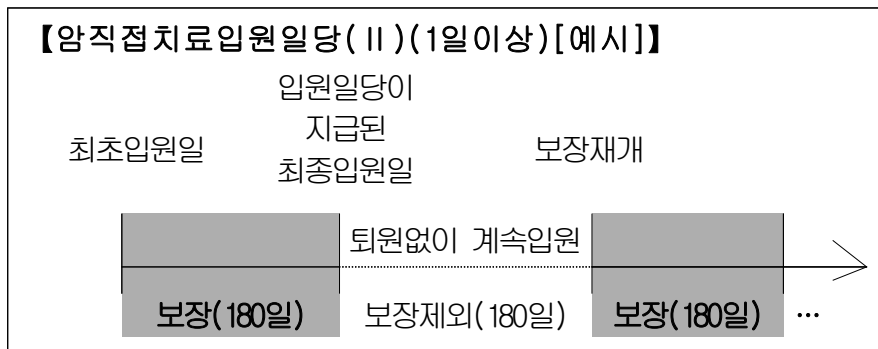
구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 입원시	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을

때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 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.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「암 등의 질병」이라 함은「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총

칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 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 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 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 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.

① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
가. 암

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료

를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준

비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

29. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

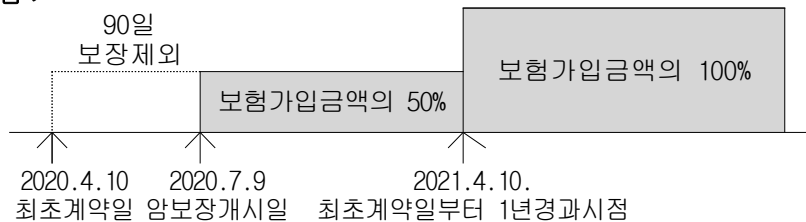
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

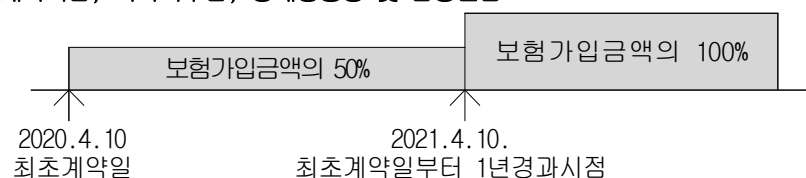
【암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >

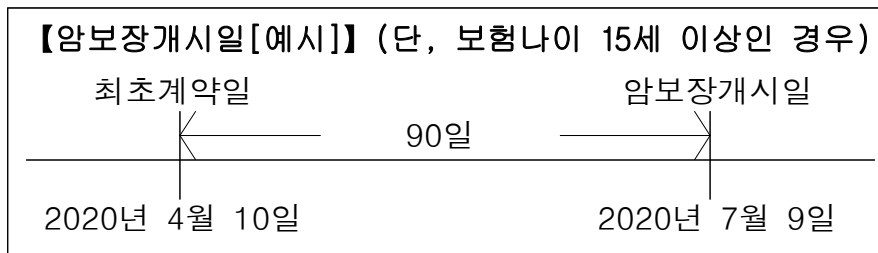


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게

최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

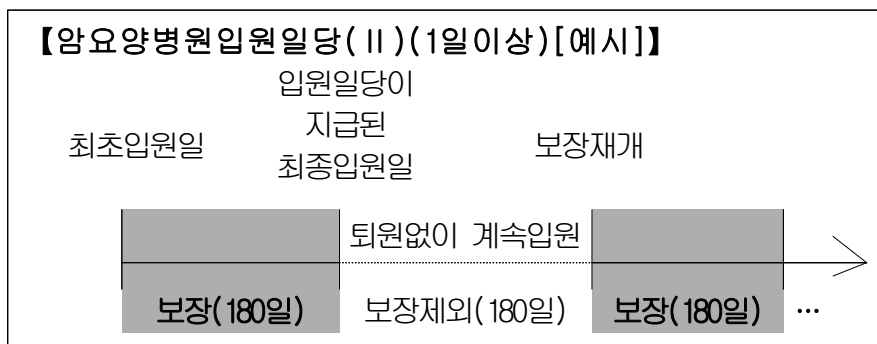
구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



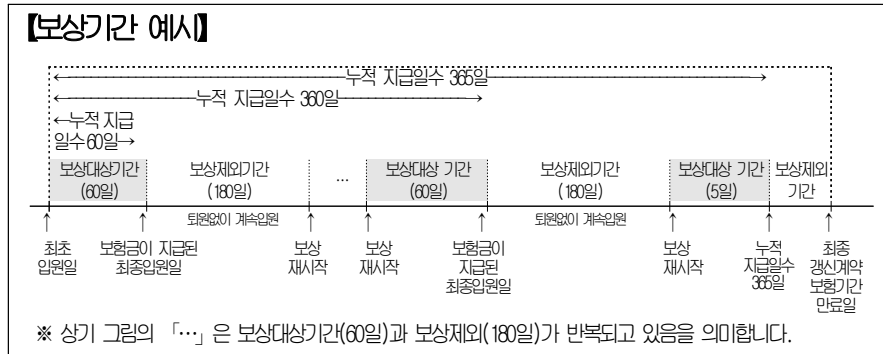
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」

라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 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.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준

질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌

막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준

비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

30. 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

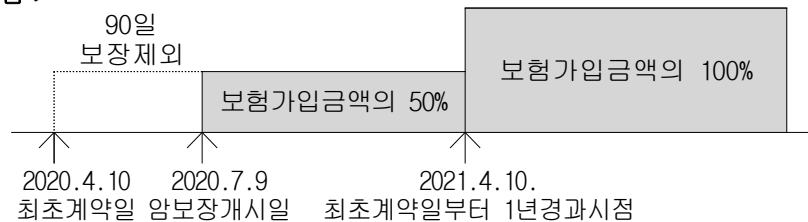
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

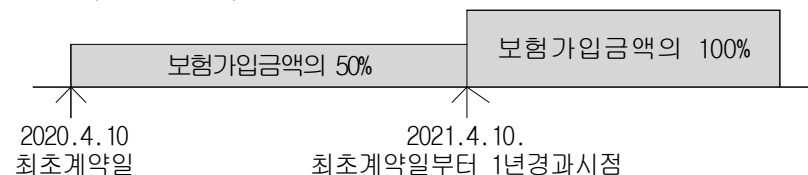
【암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상)[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암 >



< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >

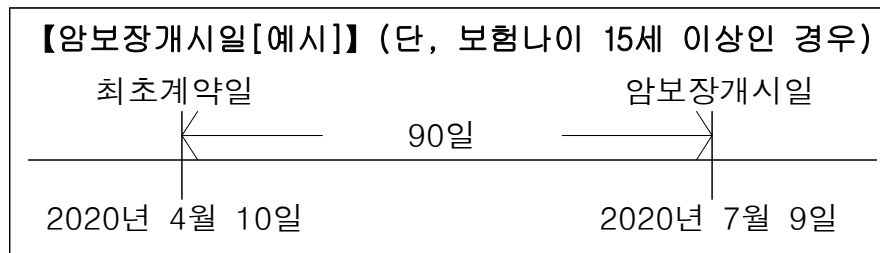


② 제1항에도 불구하고 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게

최초입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

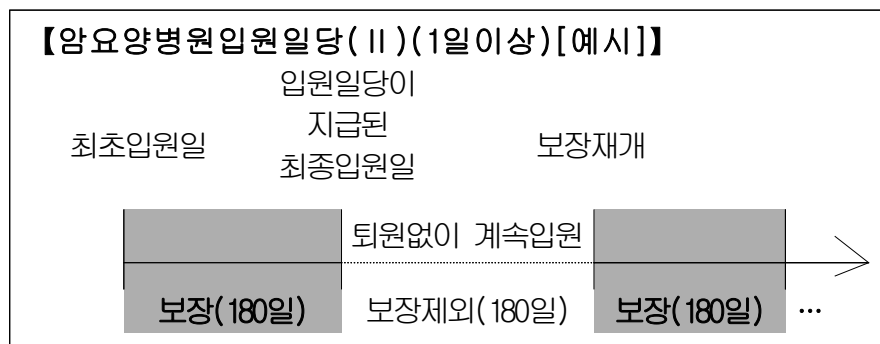
구분	지급금액
암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 요양병원에 입원시	입원 1일당 보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제21조(계약의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.



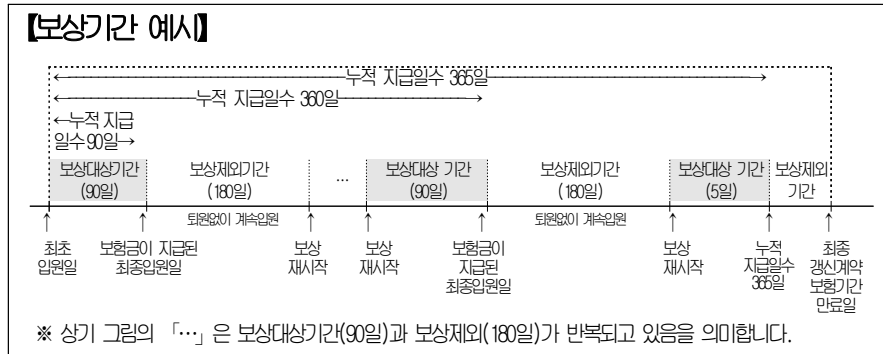
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」

라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 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.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제7차 한국표준

질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌

막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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

제6조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준

비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

Ⅲ. 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 갱신형 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 「깁스(Cast)치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- 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 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 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, 스카이

다이빙, 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(깁스(cast)치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제5조(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 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 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 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이론자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하여 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 보통약관 제1절 일반조항 제19조(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 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

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

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

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제6조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 이 특별약관의 알릴 의무 위반의 효과는 보통약관 제1절 일반조항 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제5조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 갱신형 신김스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 제4조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 「신김스치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 제4조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 진료행위별 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신김스치료비 보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 두가지 이상의 신김스치료를 받은 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 산출한 보험금을 합산하여 지급하나, 신체 동일 부위에 대한 동일한 「신김스치료」는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 회사가 지급하여야 할 하나의 상해 또는 질병으로 인한 신김스치료비 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 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 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

제4조(신김스치료의 정의 및 지급률표)

① 이 특별약관에서 있어 「신김스치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여에서 신김스치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「신김스치료 급여인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위명칭	진료행위 코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%
단상지[전완으로부터 수부까지]	T6030	10%
장상지[상완으로부터 수부까지] 8자형 석고	T6020 T6120	20%
단하지[하퇴로부터족부까지]-Without Walker 단하지[하퇴로부터족부까지]-With Walker 슬개건 부하캐스트 견수상[흉부로부터 수부까지] 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트 장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker 장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트	T6050 T6051 T6052 T6080 T6070	40%
고수상[요부로부터 족부까지, 척추cast 포함]	T6040	60%

② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「신김스치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「신김스치료 급여인정기준」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

IV. 비용 관련 특별약관

1. 갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표14(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액
- ② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표15(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
- ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표16(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송))】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 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
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송

- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 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 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 의한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대방에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 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
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

소송의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 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 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생한 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.

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심 절차의 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 사실을 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 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에

대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

【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.

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 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 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 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

V. 기타 특별약관

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

② 제1항에 따라 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제15조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 전자서명 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)
- ② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하 「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제17조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경 여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경 여부를 확인할 수 있을 것

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해

당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

제4조(보험계약자의 알릴 의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 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 계약 안내자료를 드림으로써 회사의 계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아서 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

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

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정(제4조에 따른 변경지정 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(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

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

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

제6조(보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 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 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 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 보통약관이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 원동기장치자전거를 포함합니다.

【용어풀이】

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에서 정한 「이륜자동차」, 도로교통법에서 정한 「원동기장치자전거」에 포함됩니다.

- ③ 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 - 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜

의 자동차

3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

⑤ 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)】

「자동차관리법」 (이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
이륜 자동차	배기량이 50cc미만 (최고정격출 력 4킬로 와트 이하) 인 것	배기량이 100cc 이하 (최고정격출 력 11킬로와 트 이하)인 것으로 최대 적재량(기타 형에만 해당 한다)이 60 킬로그램 이 하인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하 (최고정격출 력 11킬로와 트 초과 15 킬로와트 이 하)인 것으로 최대적재량 이 60킬로 그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc (최 고정격출 력 15킬로 와트)를 초 과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
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 100kg 이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
 - 1) 이륜인 자동차에 축차를 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.

【도로교통법 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
 - 가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125cc 이하의 이륜자동차
 - 나. 배기량 50cc 미만(전기를 동력으로 하는 경우에는 정격출력 0.59킬로와트 미만)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관은 보험회사(이하 「회사」라 합니다)가 정한 방법에 따라 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 「전환대상계약」이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

- ① 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【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 종합소득 산출세액에서 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 (보험료의 세액공제)】

- ① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
1. 생명보험
 2. 상해보험
 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험

4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억 원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4 제2항 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) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인】

- ① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【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.
- ② 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
- 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 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 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 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하, 「장애인 증명서」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 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되

는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환계약을 「소득세법 제 59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

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

【예시】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2020년 1월 15일 ~ 2020년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2020년 6월 1일 ~ 2020년 12월 31일) 납입된 보험료만 2020년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 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.

【예시】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2020년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1

조(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 전환대상계약의 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

VI. 별표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제7조 제5항 및 제32조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암진단비(유사암제외), 뇌졸중진단비, 급성심근경색증진단비 (보통약관 제1절 일반조항 제3조) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 보험금 포함)	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%)
해지환급금 (보통약관 제1절 일반조항 제32조 제1항) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 해지환급금 포함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성 신생물	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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	000
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	001
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	002
4. 제자리흑색종	003
5. 피부의 제자리암종	004
6. 유방의 제자리암종	005
7. 자궁경부의 제자리암종	006
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	007
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	009

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니

다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

5대고액치료비암 분류표

1. 약관에서 규정하는 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물	C70-C72
- 수막의 악성 신생물	C70
- 뇌의 악성 신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성 신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한

경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

16대특정암 분류표

1. 약관에서 규정하는 16대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈성	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 기관의 악성신생물	C33

대 상 질 병	분류코드
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
9. 흉선의 악성신생물	C37
10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
11. 중피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
14. 담낭의 악성신생물	C23
15. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
16. 소장악성신생물	C17

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

기관(organ)분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	기관(organ)	분류번호
입술 구강 및 인두	1. 입술의 악성 신생물	C00
	2. 혀바닥의 악성 신생물, 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C01,C02
	3. 잇몸의 악성 신생물	C03
	4. 입바닥의 악성 신생물	C04
	5. 구개의 악성 신생물	C05
	6. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C06,C14
	7. 귀밑샘의 악성 신생물	C07
	8. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	9. 편도의 악성 신생물	C09
	10. 입인두의 악성신생물, 비인두의 악성신생물, 이상동(梨狀洞)의 악성신생물, 하인두의 악성신생물	C10,C11, C12,C13
소화 기관	11. 식도의 악성 신생물	C15
	12. 위의 악성 신생물	C16
	13. 소장(小腸)의 악성 신생물	C17
	14. 결장의 악성 신생물, 직장구불결장이행부의 악성 신생물, 직장의 악성신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18,C19, C20,C26 (C26.1제외)
	15. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	16. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	17. 담낭의 악성 신생물	C23
	18. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	19. 췌장의 악성 신생물	C25
호흡기 및 흉곽내 기관	20. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	21. 부비동의 악성 신생물	C31
	22. 후두의 악성 신생물	C32
	23. 기관의 악성 신생물	C33
	24. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악	C34,C39

구분	기관(organ)	분류번호
	성 신생물	
	25. 흉선의 악성 신생물	C37
	26. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
골 및 관절 연골	27. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40,C41
흑색종 및 기타피부	28. 피부의 악성 흑색종, 기타 피부의 악성 신생물	C43,C44
종피성 및 연조직	29. 종피종, 말초신경 및 자율신경 계통의 악성 신생물, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 기타결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C45,C47, C48,C49
유방	30. 유방의 악성 신생물	C50
여성 생식 기관	31. 외음의 악성 신생물	C51
	32. 질의 악성 신생물	C52
	33. 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C53,C54, C55,C57
	34. 난소의 악성 신생물	C56
	35. 태반의 악성 신생물	C58
	36. 음경의 악성 신생물	C60
남성 생식 기관	37. 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C61,C63
	38. 고환의 악성 신생물	C62
요로	39. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물, 신우의 악성신생물, 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C64,C65, C68
	40. 요관의 악성 신생물	C66
	41. 방광의 악성 신생물	C67
눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타부분	42. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	43. 수막의 악성 신생물	C70
	44. 뇌의 악성 신생물	C71
	45. 척수, 뇌신경 및 중추신경 계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
갑상선 및 기타 내분비선	46. 갑상선의 악성 신생물	C73
	47. 부신의 악성 신생물	C74
	48. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75
비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	49. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물, 비장의 악성신생물, 진성 적혈구증가증, 골수형성이상증후군, 만성골수증식질환, 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 골수섬유증, 만성호구산성 백혈병 [과호산구증후군]	C81-C96, C26.1, D45,D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5

- 주1) 위의 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 ‘기관(organ)’을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 ‘기관(organ) 분류표’에 있는 각 ‘기관(organ)’으로 분류합니다.
- 주2) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제7차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 ‘기관(organ)’으로 분류합니다.
- 주3) 제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 주4) 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관 질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
10. 뇌혈관 질환의 후유증	169

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

뇌졸중대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

뇌출혈 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

급성심근경색증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】

신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표

1. 두개골(머리뼈) 및 안면골(얼굴뼈)의 골절
 - (1) 두개골(머리뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 24%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (2) 하악골(下顎骨, 아래턱뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (3) 협골(頰骨, 광대뼈), 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 비골(鼻骨, 코뼈) 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 10%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 5%
 - (4) 머리의 손상(진단 또는 수술) 18%
 - (5) 치아의 파절(진단 또는 수술) 2%
2. 경추(목뼈)의 골절
 - (1) 경추(목뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 40%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 24%
 - (2) 목부위의 신경 및 척수의 손상(진단 또는 수술)
 - 1) 중증 손상 30%
 - 2) 중등도 손상 18%
 - 3) 경도의 손상 6%
3. 요추(허리뼈) 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 40%
 - 2) 미골(꼬리뼈) 골절(진단 또는 수술) 10%
 - 3) 위 (1), (2) 이외의 골절 18%
4. 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 가슴뼈) 및 흉추골(胸椎骨, 등뼈)의 골절
 - (1) 늑골(갈비뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 10%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 5%
 - (2) 흉골(가슴뼈) 및 흉추골(등뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 12%
 - (3) 흉부(가슴)의 손상(진단 또는 수술)
 - 1) 흉부(가슴) 부분의 외상성 절단 30%
 - 2) 흉부(가슴)의 으깬손상 12%
5. 대퇴골(大腿骨, 넙다리뼈)의 골절

- (1) 대퇴골(大腿骨, 넓다리뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 30%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 18%
- (2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단(진단 또는 수술) · 50%
- 6. 발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골(정강이뼈), 비골(종아리뼈))의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 24%
 - 2) 위 (1) 이외의 골절 10%
- 7. 어깨(쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈)) 및 위팔(상완골)
 - (1) 어깨(쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈)) 및 위팔(상완골)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 24%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단(진단 또는 수술) · 40%
- 8. 팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 (1) 이외의 골절 6%
- 9. 손목 및 손의 골절
 - (1) 손목의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 코레스 골절(주상골의 골절)(진단 또는 수술) · 10%
 - 3) 위 1), 2) 이외의 골절 6%
 - (2) 중수골의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 12%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (3) 손가락의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 7%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 3%
- 10. 발의 골절
 - (1) 거골 및 종골(발뒤꿈치뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (2) 족골의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 12%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (3) 발가락의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 7%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 3%
- 11. 상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)
 - 1) 중한 골절 30%
 - 2) 중등도 골절 12%
- 12. 골다공증의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절 · 3%

용 어 풀 이

1. 동일 부위

(1) 신체의 동일부위라 함은 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」의 1.부터 10.까지(세부하위 항목 제외)에서 정한 항목을 각각 동일부위라 한다. 다만, 좌우의 팔, 다리와 손, 발은 다른 부위로 보아 합산하여 지급합니다.

(2) 위 (1)에도 불구하고 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」 11. 「상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)」은 실제 골절치료부위에 따라 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」 1.부터 10.까지 각각의 항목과 중복하여 지급하지 않습니다.

2. 머리의 손상

의료기관에서 영상검사(CT나 MRI 등) 등으로 「머리의 손상」(뇌진탕(S060)은 제외합니다) 진단을 받고 치료한 경우를 말합니다.

3. 특발성 골절

뼈의 질환 또는 자발적이거나 원인 불명에 의하여 일어나는 골절을 말합니다.

신골절(치아파절포함) 분류표

1. 약관에 규정하는 신골절(치아파절포함)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (1) 두개골의 골절 (2) 하악골의 골절 (3) 협골, 상악골, 비골의 골절 (4) 머리의 손상 (5) 치아의 파절	S02.0~S02.1, S02.7~S02.9 S02.6 S02.2, S02.3, S02.4 S06.1~S06.9, S07.0~S07.1, S07.8~S07.9, S09.9 S02.5
2. 경추(목뼈)의 골절 (1) 경추(목뼈)의 골절 (2) 목부위의 신경 및 척수의 손상 1) 중증 손상 2) 중등도 손상 3) 경도의 손상	S12.0~S12.2, S12.7~S12.9 S14.1 S14.0, S14.2~S14.3, S14.6 S14.4~S14.5
3. 요추 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절 (1) 미골(꼬리뼈) 골절 (2) (1) 이외의 골절	S32.2 S32.0~S32.1, S32.3~ S32.5, S32.7~S32.8
4. 늑골, 흉골 및 흉추골의 골절 (1) 늑골 (2) 흉골 및 흉추골의 골절 (3) 흉부의 손상 1) 흉부 부분의 외상성 절단 2) 흉부의 으깬손상	S22.3~S22.5, S22.8~S22.9 S22.0~S22.2 S28.1 S28.0
5. 대퇴골 (1) 대퇴골의 골절	S72.0~S72.4,

대 상 상 병	분류번호
(2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S72.7~S72.9 S78.0~S78.1, S78.9
6. 발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골, 비골)의 골절	S82.0~S82.9
7. 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골) (1) 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)의 골절 (2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S42.0~S42.4, S42.7~S42.9 S48.0~S48.1, S48.9
8. 팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절	S52.0~S52.9
9. 손목 및 손의 골절 (1) 손목의 골절 1) 코레스 골절(주상골의 골절) 2) 1) 이외의 골절 (2) 중수골의 골절 (3) 손가락의 골절	S62.0 S62.1, S62.8 S62.2~S62.4 S62.5~S62.7
10. 발의 골절 (1) 거골 및 종골의 골절 (2) 족골의 골절 (3) 발가락의 골절	S92.0~S92.1 S92.2~S92.3, S92.7, S92.9 S92.4~S92.5
11. 상세불명 부위의 골절 1) 중한 골절 2) 중등도 골절	T02.0~T02.1, T02.4~T02.9 T02.2~T02.3, T08.0~T08.1, T10.0~T10.1, T12.0~T12.1, T14.2
12. 골다공증의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절	M80

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제7차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제8차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 14】

소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	소송비용에 산입되는 비율
2,000만원까지 부분	10%
2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분 $[200\text{만원} + (\text{소송목적의 값} - 2,000\text{만원}) \times \frac{8}{100}]$	8%
5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분 $[440\text{만원} + (\text{소송목적의 값} - 5,000\text{만원}) \times \frac{6}{100}]$	6%
1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분 $[740\text{만원} + (\text{소송목적의 값} - 1\text{억원}) \times \frac{4}{100}]$	4%
1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분 $[940\text{만원} + (\text{소송목적의 값} - 1\text{억5천만원}) \times \frac{2}{100}]$	2%
2억원을 초과하여 5억원까지 부분 $[1,040\text{만원} + (\text{소송목적의 값} - 2\text{억원}) \times \frac{1}{100}]$	1%
5억원을 초과하는 부분 $[1,340\text{만원} + (\text{소송목적의 값} - 5\text{억원}) \times \frac{0.5}{100}]$	0.5%

※ 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사
비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표15】

민사소송 등 인지법에 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 X 0.5%
1천만원이상 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 X 0.45%
1억원이상 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 X 0.4%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 X 0.35%

※ 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표16】

송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)

사건	송달료
1심 민사소액 / 민사단독 / 민사합의	96,000원 / 144,000원 / 144,000원
항소심 / 상고심	115,200원 / 76,800원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

Ⅶ. 인용 법·규정

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【법규1】

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. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 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.

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

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 제5호에 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 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.
- 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 행정안전부령으로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 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 아니된다. 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.

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

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 행정안전부장관은 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 행정안전부장관은 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

【법규2】

공직선거법

제222조(선거소송)

- ① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구 선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
- ② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

- ① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일 이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
- ② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또

는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

【법규3】

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 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈측정을 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」 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 또

는 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(歩道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 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

【법규4】

국민건강보험법

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 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 보건복지부장관이 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.

【법규5】

도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 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, 제93조제1항제1호부터 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.

【법규6】

민법

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 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.

제753조(미성년자의 책임능력)

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 능력이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

【법규7】

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

- ① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정 명령을 하게 할 수 있다.
- ② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
- ④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

- ① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
- ② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
- ③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
- ④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
- ⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
- ⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

- ① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제

기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

- ① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
- ② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부분을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

- ① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

【법규8】

보험업감독규정

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

【법규9】

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.

【법규10】

보험업법시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "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 경영금융투자업자는 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 제2조제19호마목에서 "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, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 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 금융감

독원(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

【법규11】

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상 등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
 - 나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
 - 다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
 - 나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
 - 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
 - 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

【법규12】

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제16조(수집·조사 및 처리의 제한)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

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」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 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 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 신용조회회사 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 신용등급이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보 주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를

제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공 받으려는 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 서비스 제공과의 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 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리 활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 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. 대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자 및 기업의 과점주주, 최대출자자 등 관련인의 신용도를 판단할 수 있는 정보를 제공하는 경우

10. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 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.

【법규13】

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~4. (생략)

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)

【법규14】

여객자동차 운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 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 자동

차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차 운송사업자가 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」 제2조의2 제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)
- 3) 국토교통부장관 또는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)가 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 직접운전(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.

【법규15】

의료급여법

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.

【법규16】

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 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

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

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.

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.

【법규17】

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
1~11. (생략)							
11의2. 탕전실	1 (관련 의과과 목 두개 전 을 만 충 다)	1 (관련 의과과 목 두개 전 을 만 충 다)	1 (전 하 경 에 만 충 다)			1 (전 하 경 에 만 충 다)	
(이하 생략)							

[별표 4]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

1~11. (생략)

11의2. 탕전실

- 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.
- 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
- 다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.
- 마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야

하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.

바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.

사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

(이하 생략)

【법규18】

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			
승용자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고 정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 이상 2,000cc 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1000cc 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
화물자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고 정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000cc 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
특수자동차	배기량이 1,000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이	배기량이 50cc 미만		배기량 이	배기량 이	배기량 이

륜자동차	(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	100시시 이하 (최고정격출력 11킬로와트 이하)이고, 최대적재량 (기타형의 경우만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	100시시 초과 260시시 이하 (최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	260시시 (최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것
------	----------------------	--	--	-------------------------------

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	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
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·현행·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	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
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜자동차	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
※ 비교 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 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당		

하는 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 격벽을 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 축차를 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.

【법규19】

자동차손해배상보장법 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 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 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 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 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 별표 2에서 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.

【법규20】

장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 신장·간장·췌장·심장·폐
 - 나. 골수·안구
 - 다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합 조직으로서의 손·팔 또는 발·다리
 - 라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것
 - 마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.
6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.
 - 가. 배우자
 - 나. 직계비속
 - 다. 직계존속
 - 라. 형제자매
 - 마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

- ① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
- ② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

【법규21】

장애인복지법 시행규칙

제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단)

① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의2서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다.

1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장

2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류

② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장·군수·구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체 없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제6조(장애 정도의 조정)

① 장애인은 장애 상태가 현저하게 변화되어 장애 정도의 조정이 필요한 경우에는 별지 제1호의2서식의 신청서에 등록증과 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류를

첨부하여 시장·군수·구청장에게 장애 정도의 조정을 신청할 수 있다.

② 제1항에 따라 장애 정도의 조정신청을 받은 시장·군수·구청장은 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

⑤ 제3항과 제4항에 따라 진단 결과나 장애 정도 심사결과를 통보받은 시장·군수·구청장은 통보받은 내용을 토대로 장애 정도를 조정하고, 그 결과를 신청인에게 통지해야 한다.

제7조(장애 상태 확인)

① 시장·군수·구청장은 법 제32조제3항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하여 장애 상태에 맞는 장애 정도를 유지하도록 해야 한다. 다만, 장애 상태에 현저한 변화 가능성이 없다고 판단되는 장애인에 대해서는 그렇지 않다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하려는 경우에는 별지 제7호서식의 통보서를 해당 장애인에게 송부해야 한다.

③ 장애 상태를 확인하기 위한 장애 진단 및 장애 정도의 조정에 관하여는 제6조제2항부터 제5항까지의 규정을 준용한다.

【법규22】

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제4조(단체등의 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.

한의학육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의학"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의학기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(韓藥製劑), 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【법규24】

형법

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)

- ① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

전4조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)

제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

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 15년 이하의 징역에 처한다.

제259조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)

전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한 때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

- ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

【법규25】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

- ① 특수건물의 소유자는 그 건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.
- ② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는 「민법」에 따른다.

제8조(보험금액)

- ① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.
 1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
 2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
 - 가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
 - 나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
 - 다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액
- ② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령

으로 정한다.

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다.

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수 (「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
2. 「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3. 「산업안전보건법」 제49조의2제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물

② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다.

③ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다.

④ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다.

⑤ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다.

⑥ 제1항과 제2항에 따른 안전점검은 대통령령으로 정하는 바에 따른다.

【법규26】

**화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률
시행령**

제2조(특수건물)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.
- 1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 사단법인 교육시설재난공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.
2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 - 가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업
 - 나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
 - 다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업
 - 라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업
 - 마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업
 - 바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업
 - 사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업
11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 사단법인 교육시설재난공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.
12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.
13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용으로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의

건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.
 18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물
- ② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제5조(보험금액)

- ① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.
1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.
1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사

- 망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

- ① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.
- ② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.
 1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
 2. 청구액과 지급액
 3. 피해자의 주소 및 성명

【법규27】

**화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률
시행규칙**

제2조(손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

【법규28】

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학기술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암

나. 후천성면역결핍증

다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금 급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

색인

(ㄴ)

보험료 자동납입 특별약관215

(ㅇ)

이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관220

(ㅈ)

장애인전용보험전환 특별약관223

전자서명 특별약관216

지정대리청구서비스 특별약관218

※ 갱신행

(1~9)

갱신행 16대특정암진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관88

갱신행 2대질병입원일당(1일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관178

갱신행 5대고액치료비암진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관 85

(ㄱ)

갱신행 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등
전이제외)진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관95

갱신행 갑상선암(초기제외)진단비(간편가입Ⅱ)보장
특별약관91

갱신행 급성심근경색증수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관 166

갱신행 급성심근경색증입원일당(4일이상)
(간편가입Ⅱ)보장 특별약관175

갱신행 김스치료비보장 특별약관201

(ㄴ)

갱신행 뇌졸중수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관157

갱신행 뇌졸중입원일당(4일이상)(간편가입Ⅱ)보장
특별약관169

갱신행 뇌출혈수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관160

갱신행 뇌출혈입원일당(4일이상)(간편가입Ⅱ)보장
특별약관172

갱신행 뇌출혈진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관149

갱신행 뇌혈관질환수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관154

갱신행 뇌혈관질환진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관146

(ㄱ)

갱신형 매월 계속암치료비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	98
갱신형 민사소송법률비용보장 특별약관	208

(ㄴ)

갱신형 보험료납입지원(3대질병진단)(간편가입Ⅱ)	
보장 특별약관	167

(ㄷ)

갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관	69
갱신형 신갑스치료비보장 특별약관	205

(ㄹ)

갱신형 암수술비(유사암제외)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	107
갱신형 암수술비(유사암제외)(최초1회한)	
(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	112
갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도)	
(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	189
갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)	
(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	195
갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(4일이상 60일한도)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	134
갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(4일이상 90일한도)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	140
갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	182
갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 4일이상)(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	127
갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)(간편가입Ⅱ)	
보장 특별약관	82
갱신형 유사암수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	117
갱신형 유사암진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	75
갱신형 유사암진단비Ⅱ(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	78

(ㅎ)

갱신형 항암방사선약물치료비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	122
갱신형 허혈성심장질환수술비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	163
갱신형 허혈성심장질환진단비(간편가입Ⅱ)보장 특별약관	151