

무배당

하나건강보장 Plan I 보험약관

무배당하나건강보장 Plan I 보험 보통약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다. (이하 보험계약을“ 계약” , 보험계약자는 “ 계약자” , 보험회사는 “ 회사” 라 합니다)
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 진단을 받지 아니하는 계약(이하“ 무진단계약” 이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하“ 진단계약” 이라 합니다)은 진단일로부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 교부합니다. 그러나, 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 제 3 항의 규정에도 불구하고 계약자가 보험료의 납입방법을 금융기관(우체국 포함)의 해당계좌를 통한 자동납입으로 가입(이하 “자동이체납입 가입”이라 합니다)하거나 신용카드를 통하여 가입(이하 “신용카드납입 가입”이라 합니다)하고자 하는 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기관의 해당계좌 또는 신용카드회사로부터 제 1 회 보험료를 받고 보험증권을 교부합니다.
- ⑤ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 2 조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 3 일 이내에 그 보험료를 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 전자거래기본법 제 2 조 제 6 호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부분을 드리지 아니할 수 있습니다.
- ② 회사가 제 1 항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서

에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 4 조 【계약의 무효】

① 다음에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

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

제 5 조 【계약내용의 변경】

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험수익자(이하 “수익자” 라 합니다)
6. 기타 계약의 내용

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

③ 회사는 계약자가 제 1 항 제 4 호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 23 조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제 1 항 제 5 호 중 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 지급합니다.

제 7 조 【계약의 소멸】

이 계약에서 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 책임개시일】

- ① 회사는 계약의 청약에 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때(자동이체납입 가입의 경우에는 제 1 회 보험료를 자동이체로 납입한 날, 신용카드납입 가입의 경우에는 신용카드회사가 지정한 제 1 회 보험료 매출승인일, 이 약관의 다른 규정에서도 같습니다)로부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. 그러나, 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다)로 하며, 회사는 계약일로부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.(이하 제 1 회 보험료를 받은 날을 “책임개시일”이라 합니다)
- ② 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 책임개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드 납입으로 할 때 사용한 카드가 유효기간이 경과한 카드, 위조된 카드, 변조된 카드, 무효 또는 거래정지를 받은 카드 등 기타사항으로 신용카드 회사로부터 대금이 지급되지 않는 카드인 경우에는 이 보험 계약의 책임개시일로 소급하여 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 회사는 제 1 항 및 제 2 항의 규정에 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 책임을 지지 아니합니다.
1. 제 27 조(계약전 알릴의무위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 책임을 지지 아니할 수 있는 경우
 2. 제 26 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 책임을 지지 아니합니다.
- ⑥ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 제 13 조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암에 대한 책임개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음날로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

제 9 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 10 조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 제 11 조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입 최고기간이 경과되기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면 신청한 경우에는 제 36 조(약관대출)에 의한 약관대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 유효하게 지속됩니다.
- ② 제 1 항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고기간까지의 이자(이 보험의 약관대출이율 이내에서 회사가 별도

로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 기타 계약자에게 지급할 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 약관대출로 자동납입되는 보험료는 1 년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 1 개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

제 11 조 【보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지】

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입 기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고기간으로 하며, 회사는 제 3 항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3 개월이 되는 날까지를 납입최고기간으로 하여 제 1 항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일부터 15 일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.

③ 제 2 회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고기간이 끝나기 15 일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 12 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활】

① 제 11 조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 부활되는 계약의 승낙거절시 보험료 반환, 책임개시 및 계약전 알릴의무는 제 1 조(보험계약의 성립) 제 3 항 및 제 5 항, 제 8 조(제 1 회 보험료 및 회사의 책임개시일), 제 26 조(가입자의 계약전 알릴의무) 및 제 27 조(계약전 알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 13 조 【“암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “ 암 ” 이라 함은 제 3 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(별표 2 “ 악성신생물분류표 ” 참조)을 말합니다.

다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 별표 2 의 분류번호 C44 에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 상기분류에서 제외합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보형자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 14 조 【“뇌혈관질환”, “뇌졸중”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “ 뇌혈관질환 ” 이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표 3(뇌혈관질환분류표)에서 정하는 질병을 말하며, “ 뇌졸중 ” 이라 함은 뇌혈관질환 중 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색(증), 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착, 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(I60~I63, I65, I66)을 말합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 포함합니다)의 의사의 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 제 2 항에도 불구하고 뇌졸중의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brainCTscan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제 15 조 【“심장질환”, “급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “ 심장질환 ” 이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표 4(심장질환분류표)에서 정하는 질병을 말하며, “ 급성심근경색증 ” 이라 함은 심장질환 중에서 급성심근경색증, 속발성심근경색증 및 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증으로 분류되는 질병(I21~I23)을 말합니다.

② 심장질환의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 포함합니다)의 의사의 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 제 2 항에도 불구하고 급성심근경색증의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장 초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제 16 조 【“남성만성질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “ 남성만성질환 ” 이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표 5(남성만성질환분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.

② 남성만성질환의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 포함합니다)의 의사의 자격을

가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 17 조 【“남성비뇨기계질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “ 남성비뇨기계질환” 이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본 분류에 있어서 별표 6(남성비뇨기계질환분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.
- ② 남성비뇨기계질환의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원 (이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 포함합니다)의 의사의 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 18 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

- ① 이 계약에 있어서 “ 입원” 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “ 의사” 라 합니다)에 의하여 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환 또는 남성비뇨기계질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환 또는 남성비뇨기계질환에 의한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입원하여 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK 은 제외합니다.

제 19 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 제 8 조(제 1 회 보험료 및 회사의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금 (별표 1 “ 보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 건강생활축하금 지급(표준형 및 실속형만 해당)
2. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 : 해당 치료비 지급(뇌졸중, 급성심근경색증 각각에 대하여 1 회에 한함)
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환 또는 남성비뇨기계질환의 치료를 직접목적으로 입원을 동반한 수술을 받았을 때 : 해당 수술비 지급
4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환 또는 남성비뇨기계질환의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원(단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원하였을 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하였을 때 : 해당 입원비 지급
5. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환의 치료를 직접목적으로 31 일, 61 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 해당 장기입원치료비 지급
6. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남

성만성질환 치료를 직접목적으로 91 일 이상 계속 입원 후 생존 퇴원하였을 때 : 해당 요양비 지급

제 20 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 피보험자가 암, 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 또는 장애 등급분류표(별표 7 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다) 중 제 1 급 내지 제 3 급의 장애 상태가 되었을 때에는 차 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 계약에서 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 보험기간 중 피보험자가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표 8 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ④ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 치료비는 뇌졸중 및 급성심근경색증 각각 1 회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 사망하고 그 후에 뇌졸중 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 치료비를 추가로 지급합니다.
- ⑥ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 합니다.
- ⑦ 피보험자가 동일질병의 치료를 직접목적으로 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 4 일 이상 입원을 2 회 이상 하였을 때 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제 6 항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일질병으로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원 일로부터 180 일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑧ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호 내지 제 6 호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원비 및 장기입원치료비 또는 요양비를 지급합니다.
- ⑨ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호 내지 제 6 호의 “ 계속하여 입원 ” 이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑩ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 6 호의 경우 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환의 치료를 직접적인 목적으로 요양비가 지급된 최종 입원의 퇴원 일로부터 180 일 이내에 재입원하여 다시 퇴원하였을 경우에는 요양비를 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 피보험자가 동일 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환의 치료 직접목적으로 61 일 미만 입원한 후 퇴원하고 재입원한 경우에는 각 입원일 수를 합산하여 장기입원치료비를 지급합니다.
- ⑫ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 피보험자가 동일 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환의 치료를 직접목적으로 31 일, 61 일이상 입원하였을 때에는 장기입원치료비를 각각 1 회씩 지급하고, 동일 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환으로 인한 입원이라도 61 일이 경과한 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일 이내에 재입원한 경우에는 제 11 항의 규정에도 불구하고, 장기입원치료비를 지급하지 아니합니다. 그러나, 뇌혈관질환 또는 심장질환 또는 남성만성질환에 의한

입원이라도 장기입원치료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑬ 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호 내지 제 6 호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑭ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비 또는 장기입원치료비 또는 요양비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑮ 장해상태의 등급이 재해일로부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급을 결정합니다.

제 21 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 또는 책임준비금을 드리지 아니하거나 보험료 납입면제를 하여드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외 한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제 22 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

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

제 23 조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 24 조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 25 조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 또는 보장금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 26 조 【가입자의 계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같다) 합니다. 그러나, 의료법 제 3 조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 27 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제 26 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반하고 그 계약전 알릴의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지(解止)할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년 (건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1 년) 이상 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 회사는 계약을 해지할 때 계약전 알릴의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

③ 제 1 항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

④ 제 1 항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종(청약서상의 승낙거절 직업 또는 직종 제외)에 관한 계약전 알릴의무를 위반하여 회사가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다.

⑤ 제 26 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당보험금을 지급합니다.

제 28 조 【계약취소권의 행사제한】

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

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제 29 조 【주소변경 통지】

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

제 30 조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 수익자를 지정하지 아니한 때에는 수익자를 제 19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제 2호 내지 제 6호의 경우는 피보험자로 하되, 피보험자의 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제 31 조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 32 조 【보험금 지급사유의 발생통지】

수익자는 제 19조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 33 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 암진단서, 뇌졸중진단서, 급성심근경색증진단서, 입원치료확인서, 수술증명서, 퇴원증명서 등)
 3. 보험증권

4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
 5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 34 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 33 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 일 이내에 지급합니다.
- ② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제 27 조(계약전 알릴의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.
- ③ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하기로 합니다. 그러나 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 피보험자와 회사가 동의하여 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3 의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제 3 의 의사”는 의료보험법에서 정하는 제 3 차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ④ 제 1 항 내지 제 3 항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 피보험자나 수익자가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금 또는 책임준비금의 지급 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 제 1 항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7 일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 제 4 항에 의하여 계약자, 피보험자 또는 수익자가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날로부터 그에 대한 동의를 정당한 사유없이 지체한 기간에 대해서는 그러하지 아니합니다.
- ⑥ 회사는 제 19 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에 해당하는 건강생활축하금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7 일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 회사가 계약자 또는 수익자에게 알려드리지 아니한 경우에는 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간 : 예정이율
 2. 보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1 %
- ⑦ 회사가 제 6 항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우 제 19 조(보험

금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 규정에 의한 건강생활축하금과 제 23 조(해약환급금) 제 1 항의 규정에 의한 해약환급금은 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1 년 이내의 기간은 예정이율의 50 %, 1 년을 초과하는 기간은 1 %
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1 %

제 35 조 【계약내용의 교환】

개인에 대한 신용정보를 타인에게 제공·활용하기 위해서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제 23 조, 동법 시행령 제 12 조 및 동법 시행규칙 제 16 조에서 정한 바에 따라 개인신용정보의 제공·활용동의서에 계약자의 동의를 받아야 하며, 동의서에 기재하는 제공할 신용정보의 내용에는 다음 각 호의 사항을 포함하여야 합니다.

1. 계약자·피보험자 및 수익자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용

제 36 조 【약관대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.

② 계약자는 제 1 항의 규정에 의한 약관대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계하는 방법으로 회수합니다.

③ 회사는 약관대출이자의 납입지연 등을 사유로 약관대출 대상계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지 10 일 전까지 계약자에게 그 내용을 서면으로 통지하여야 합니다.

제 6 관 분쟁조정 등

제 37 조 【분쟁의 조정】

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

제 38 조 【관할법원】

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

제 39 조 【약관의 해석】

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제 40 조 【회사가 제작한 보험안내장 등의 효력】

보험을 모집한 자가 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의

보험안내장(서류, 사진, 도화 등 모든 안내자료 포함) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 41 조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임·직원, 모집인 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 및 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 42 조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 43 조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지급사유	지급액
치료비	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌졸중, 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때	2,000 만원 (단, 계약일로부터 2년 미만 경과시 50% 지급) (뇌졸중, 급성심근경색증 각각에 대하여 1회에 한함)
수술비	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환, 심장질환 및 남성만성질환 또는 남성비뇨기계질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 동반한 수술을 받았을 때	· 뇌혈관질환, 심장질환 : 300 만원 · 남성만성질환 : 300 만원 · 남성비뇨기계질환 : 300 만원 (수술 1 회당)
입원비	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환, 심장질환 및 남성만성질환 또는 남성비뇨기계질환의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때	3 일초과 1 일당 3 만원 (1 회 입원당 지급일수 120 일 한도)
장기입원치료비	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환, 심장질환 또는 남성만성질환의 치료를 직접적인 목적으로 31 일, 61 일 이상 계속하여 입원하였을 때	· 계속 입원일수가 31 일이 되었을 때 : 50 만원 · 계속 입원일수가 61 일이 되었을 때 : 100 만원
요양비	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 뇌혈관질환 및 심장질환 또는 남성만성질환의 치료를 직접적인 목적으로 91 일 이상 계속 입원한 후 생존 퇴원 하였을 때	생존 퇴원일까지의 계속 입원일 수에 따라 아래 금액을 지급 · 91 일 ~ 120 일 : 200 만원 · 121 일 ~ 180 일 : 300 만원 · 181 일 이상 : 500 만원
건강생활축하금	피보험자가 보험기간이 끝날때까지 살아있을 때	◎ 순수보장형 : - ◎ 실속형 : 이미 납입한 보험료의 70% ◎ 표준형 : 이미 납입한 보험료 전액

주) 1. 암에 대한 책임개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

2. 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

(별 표 2)

악성신생물분류표

약관에 규정하는 “ 암 ” 은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40 - C41
5. 흑색종 및 피부의 기타 악성 신생물	C43 - C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73 - C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

뇌혈관질환분류표

약관에 규정하는 “ 뇌혈관질환” 은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색(증)	I63
5. 출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	I64
6. 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
7. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
8. 기타 대뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애	I68
10. 대뇌혈관 질환의 후유증	I69

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

심장질환분류표

약관에 규정하는 “ 심장질환 ” 은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
【급성 류마티스 열】 1. 심장 침습이 없는 류마티스 열 2. 심장 침습이 있는 류마티스 열 3. 류마티스성 무도병	I00 I01 I02
【만성 류마티스성 심장질환】 4. 류마티스성 승모판 질환 5. 류마티스성 대동맥판 질환 6. 류마티스성 삼첨판 질환 7. 다발성 판막 질환 8. 기타 류마티스성 심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
【허혈성 심장질환】 9. 협심증 10. 급성 심근경색증 11. 속발성 심근경색증 12. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증 13. 기타 급성 허혈성 심장 질환 14. 만성 허혈성 심장 질환	I20 I21 I22 I23 I24 I25
【폐성 심장질환 및 폐순환의 질환】 15. 폐색전증 16. 기타 폐성 심장 질환 17. 기타 폐혈관의 질환	I26 I27 I28
【기타 형태의 심장질환】 18. 급성 심낭염 19. 기타 심낭의 질환 20. 달리 분류된 질환에서의 심낭염 21. 급성 및 아급성 심내막염 22. 비류마티스성 승모판 장애 23. 비류마티스성 대동맥판 장애 24. 비류마티스성 삼첨판 장애 25. 폐동맥판 장애 26. 상세불명 판막의 심내막염 27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애 28. 급성 심근염 29. 달리 분류된 질환에서의 심근염 30. 심근병증 31. 달리 분류된 질환에서의 심근병증 32. 심방실 차단 및 좌각 차단 33. 기타 전도 장애 34. 심장정지 35. 발작성 빈맥 36. 심방세동 및 조동 37. 기타 심장성 부정맥 38. 심부전 39. 심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증 40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I30 I31 I32 I33 I34 I35 I36 I37 I38 I39 I40 I41 I42 I43 I44 I45 I46 I47 I48 I49 I50 I51 I52

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 5)

남성만성질환 분류표

약관에 규정하는 “ 남성만성질환 ” 은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목		분류번호
위· 십이지장궤양	1. 위궤양	K25
	2. 십이지장궤양	K26
	3. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
바이러스성 간염	1. 급성 A 형 간염	B15
	2. 급성 B 형 간염	B16
	3. 기타 급성 바이러스 간염	B17
	4. 만성 바이러스 간염	B18
	5. 상세불명의 바이러스 간염	B19
간의 질환	1. 알콜성 간질환	K70
	2. 독성 간질환	K71
	3. 달리 분류되지 않은 간부전	K72
	4. 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	5. 간의 섬유증 및 경변	K74
	6. 기타 염증성 간질환	K75
	7. 간의 기타 질환	K76
	8. 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
담낭·담도의 장애	1. 담석증	K80
	2. 담낭염	K81
	3. 담낭의 기타 질환	K82
	4. 담도의 기타 질환	K83
	5. 달리 분류된 질환에서의 담낭 및 담도 장애	K87.0
만성호흡기 질환	1. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	2. 단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	3. 상세불명의 만성 기관지염	J42
	4. 천식	J45
	5. 천식지속 상태	J46
갑상선의 장 애	1. 요오드 결핍과 관련된 갑상선 장애 및 동류의 병태	E01
	2. 준임상적인 요오드 결핍성 갑상선 기능저하증	E02
	3. 기타 갑상선 기능저하증	E03
	4. 기타 비중독성 갑상선종	E04
	5. 갑상선 중독증(갑상선 기능항진증)	E05
	6. 갑상선염	E06
	7. 갑상선의 기타 장애	E07
	8. 처치후 갑상선 기능저하증	E89.0
신부전증	1. 급성 신부전	N17
	2. 만성 신부전	N18
	3. 상세불명의 신부전	N19
동맥경화증	1. 죽상경화증	I70
결 핵	1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	3. 신경계의 결핵	A17
	4. 기타 장기의 결핵	A18
	5. 속립성 결핵	A19
	6. 결핵의 후유증	B90

분 류 항 목		분류번호
폐 령	1. 달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	2. 폐렴구균에 의한 폐렴	J13
	3. 헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	4. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	5. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	6. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	7. 상세불명 병원체의 폐렴	J18
고혈압성 질환	1. 본태성(원발성) 고혈압	I10
	2. 고혈압성 심장 질환	I11
	3. 고혈압성 신장 질환	I12
	4. 고혈압성 심장 및 신장 질환	I13
	5. 속발성 고혈압	I15
당 뇨 병	1. 인슐린 의존성 당뇨병	E10
	2. 인슐린-비의존성 당뇨병	E11
	3. 영양실조와 관련된 당뇨병	E12
	4. 기타 명시된 당뇨병	E13
	5. 상세불명의 당뇨병	E14

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 6)

남성비뇨기계질환분류표

약관에 규정하는 “ 남성비뇨기계질환” 은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

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

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 7)

장애등급분류표

등 급	신 체 장 해
제 1 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능을 완전 영구히 잃었을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 5. 두 팔의 손목이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 두 다리의 발목이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한 팔의 손목이상을 잃고, 한 다리의 발목이상을 잃었을 때 8. 한 팔의 손목이상을 잃고, 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한 다리의 발목이상을 잃고, 한 팔을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때
제 2 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 2. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 3. 한 팔 및 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 10 손가락을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 5. 한 팔 또는 한 다리 중에서 제 3 급의 2 내지 7 중의 신체장애가 생기고 다른 한 팔 또는 한 다리 중에서 제 3 급의 2 내지 7 중 또는 제 4 급의 5 내지 11 중에서 신체장애가 발생되었을 때 6. 두 귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때
제 3 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈의 시력을 영구히 잃었을 때 2. 한 팔의 손목이상을 잃었을 때 3. 한 팔 또는 한 팔의 3 대관절 중 2 관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 한 다리의 발목이상을 잃었을 때 5. 한 다리 또는 한 다리의 3 대관절 중 2 관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한 손의 5 손가락을 잃었을 때 7. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 4 손가락을 잃었을 때 8. 10 발가락을 잃었을 때 9. 척추에 고도의 기형 또는 고도의 운동장애를 영구히 남겼을 때 (추간판 탈출증은 제외) 10. 한팔 또는 한 다리중 제 4 급의 5 또는 6 의 신체장애가 있고 다른 한 팔 또는 한 다리 중 제 4 급의 5 또는 6 의 신체장애가 발생하였을 때
제 4 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력에 각각 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었을 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었거나, 양쪽 고환을 잃었을 때 5. 한 팔의 3 대관절중 1 관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때

등 급	신 체 장 해
4 급	<ol style="list-style-type: none"> 6. 한 다리의 3 대관절중 1 관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한 다리가 영구히 5cm 이상 단축되었을 때 8. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 잃었을 때 9. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 적어도 1 손가락을 포함하여 3 손가락 이상을 잃었을 때 10. 한 손의 5 손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 3 손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 12. 발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 13. 한 발의 5 발가락을 잃었을 때 14. 한 귀의 청력을 영구히 잃고 다른 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 15. 척추에 중도의 기형 또는 중도의 운동장애를 영구히 남겼을 때 (추간판 탈출증은 제외) 16. 고도의 추간판탈출증
제 5 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 비장 또는 한쪽의 신장을 상실한 자 2. 한 팔의 3 대관절중 2 관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한 다리의 3 대관절중 2 관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 잃었을 때 5. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1 손가락을 포함하여 2 손가락을 잃었을 때 6. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 3 손가락을 잃었을 때 7. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1 손가락을 포함하여 3 손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한 발의 5 발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 10. 한 발의 첫째 발가락을 포함하여 2 발가락 내지 4 발가락을 잃었을 때 11. 두 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 12. 한 귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때 13. 고가 결손되거나 또는 그 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 14. 척추에 경도의 기형 또는 경도의 운동장애를 영구히 남겼을 때 (추간판 탈출증은 제외) 15. 두부 및 안면부에 현저한 추상을 남겼을 때 16. 중도의 추간판탈출증
제 6 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈의 시력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 한 팔의 3 대관절 중 1 관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한 다리의 3 대관절 중 1 관절의 기능에 뚜렷 한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한 다리가 영구히 3cm 이상 5cm 미만 단축되었을 때 5. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 포함 하여 2 손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 2 손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 이외의 1 손가락 또는 2 손가락을 잃었을 때

등 급	신 체 장 해
제 6 급	9. 한 발의 첫째발가락 또는 다른 4 발가락을 잃었을 때 10. 한 발의 첫째발가락을 포함하여 3 발가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 남겼을 때 12. 두부 및 안면부에 추상을 남겼을 때 13. 성기능에 영구적으로 장애가 남았을 때 14. 경도의 추간판탈출증

장애등급분류해설

1. 장애의 정의 및 평가기준

가. 장애의 정의

장애란 재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태를 말함

나. 평가기준

- 장애의 평가시 하나의 장애가 두 개 이상의 등급분류에 해당되는 경우에는 그 중 상위 등급을 적용한다.
- 신체의 제관절 운동의 정상 각도는 미국의사협회(A.M.A.)의 영구적 신체장애 평가지침 제 4 판에서 규정하는 기준을 따르며, 측정방법 또한 이에 따르도록 한다. 다만, 계약자 선택에 따라 그 외의 A.M.A.지침에 의한 장애진단 내용도 인정될 수 있다.

2. “일상생활 기본동작의 제한”

생명유지를 위한 일상생활의 기본동작 중 하나 이상에 제한은 있으나 타인의 수발이나 보조장구(휠체어, 목발 등)가 필요치 않은 상태를 말한다.

일상생활의 기본동작

- (1) 이동동작
- (2) 음식물 섭취동작
- (3) 옷 입고 벗기 동작
- (4) 배변, 배뇨 또는 그 뒷처리
- (5) 목욕

3. “항상 간호”

생명유지를 위한 일상생활의 기본동작 중 (1)의 이동동작제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목중 2 개이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환등으로 인하여 항상 타인의 수발에 전적으로 의존해야 하는 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나질 못하는 정도를 말한다.

4. “수시 간호”

- 1) 생명유지를 위한 일상생활의 기본적인 동작 중 (1)의 이동동작의 제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목 중 1 개 이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환등으로 수시로 타인의 수발이 반드시 필요한 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나는 이동시 타인의 수발이나 보조수단(휠체어 등)이 반드시 필요한 정도를 말한다.

- 2) 심장, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우 또는 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

5. “시력을 잃은 것”

국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 되어 망막 또는 시신경손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 단, 시력장애가 아닌 시야장애, 안구운동장애 등의 눈의 장애는 제외한다.

6. “시력의 뚜렷한 장애”

국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 되어 망막 또는 시신경손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 시야장애, 굴절장애, 안구운동장애, 조절장애, 복시 등은 이에 준하여 평가한다.

7. “말 또는 씹어먹는 기능을 잃은 것”

가. “말의 기능을 완전 영구히 잃은 것” 이란 다음의 경우를 말한다.

- 1) 말과 소리내는 기능 장애로서 구순음 (ㄹ, ㅂ, ㅍ), 치설음 (ㄴ, ㄷ, ㄹ), 구개음 (ㅈ, ㅊ), 후두음 (ㅇ, ㅎ) 중 3 종류 이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
- 2) 뇌언어중추의 손상으로 인한 실어증으로서 음성언어에 의한 의사소통이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
- 3) 성대 전부를 떼어 냄으로써 발음이 불가능한 경우

나. “씹어먹는 기능을 완전 영구히 잃은 것”

물이나 유동식 (미음 등) 이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로서 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

8. “말 또는 씹어먹는 기능의 뚜렷한 장애”

가. “말의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것”

말과 소리를 내는 기능의 장애로서 구순음, 치설음, 구개음, 후두음 중 2 종류 이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않은 경우를 말한다.

나. “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것”

죽 또는 이에 준하는 음식 이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로서 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

9. “청력을 완전 영구히 잃은 것”

주파수 500, 1,000, 2,000, 4,000 헬스의 경우에 청력 상실의 정도를 각각 a,b,c,d 데시벨(청력검사단위) 로 했을 때 $1/6(a+2b+2c+d)$ 의 값이 80 데시벨(청력검사단위) 이상(quiet에 접하여도 큰 소리를 듣지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다

다.

10. “청력의 뚜렷한 장애”

위의 방법에 따른 값이 60 데시벨(청력검사단위)이상(40cm 이상의 거리에서 보통의 말소리를 해독하지 못 하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

11. “코의 결손과 뚜렷한 장애”

코뼈가 결손되거나 후각 기능을 잃고 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

12. “팔다리를 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

팔다리의 운동기능을 완전히 잃은 것을 말하며, 팔다리의 완전 운동마비 또는 팔다리 각각의 3 대관절(팔은 어깨관절·팔꿈치관절·손목, 다리는 골반관절·무릎·발목)의 완전강직으로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다. 관절을 영구히 쓸 수 없는 경우(인공관절 포함)에도 이에 준한다.

13. “팔다리 관절의 뚜렷한 장애”

팔다리 각각의 3 대관절의 운동방향이 AMA의 영구적 신체장애 평가지침에서 명시한 주운동방향을 기준으로하여 1/2 이하로 제한되거나, 한 관절의 동종류별 정상운동범위에 대한 장애후 운동범위의 값에 비례치를 곱하여 산출한 각 값의 합(Σ 동종류별 장애후 운동범위, 동종류별 정상 운동범위 \times 비례치)이 1/2 이하로 제한된 경우와 고정장구의 장착을 수시로 필요로하는 정도의 동요관절의 경우를 말한다.

14. “척추의 뚜렷한 기형 또는 운동장애”

피보험자의 척추의 기형 정도와 운동가능 영역을 정상인의 운동영역과 비교하여 아래 해당 여부를 판단한다.

가. “척추의 고도의 기형”

엑스선 사진에 명백한 척추의 골절등으로 인하여 35° 이상의 후만증 또는 20° 이상의 측만(側灣)변형이 있는 자를 말한다.

나. “척추의 중도의 기형”

엑스선 사진에 척추의 골절등으로 인하여 15° 이상의 후만증 또는 10° 이상의 측만(側灣)변형이 있는 자, 압박골절이 추체높이 50%이상인 자 또는 척추에 엑스선상 불안정성이 확실한 자를 말한다.

다. “척추의 경도의 기형”

엑스선 사진에 척추의 골절등으로 인하여 나체상태에서 후만증 또는 측만변형이 있는 자를 말한다.

라. “척추의 고도의 운동장애”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한되는 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장애 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

마. “척추의 중도의 운동장애”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장애 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

바. “척추의 경도의 운동장애”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장애 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

15. “손가락의 장애”

가. “손가락을 잃은 것”

첫째 손가락은 지절간관절(끝에서 첫째 마디), 기타의 손가락은 근위지절간관절 (끝에서 둘째 마디) 이상을 잃은 것을 말한다.

나. “손가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

- (1) 첫째 손가락의 경우 지절간관절(끝에서 첫째 마디)하방의 1/2 이상을 잃거나 또는 지절간관절 또는 중수지절관절이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
- (2) 기타 손가락의 경우 원위지절간관절(끝에서 첫째 마디) 이상을 잃거나 또는 중수지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절간관절(끝에서 둘째 마디)이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

16. “발가락의 장애”

가. “발가락을 잃은 것”

발가락 전부(첫째 발가락의 경우 말절골 이상)를 잃은 것을 말한다.

나. “발가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

- (1) 첫째 발가락의 경우 지절간관절(끝에서 첫째 마디)하방의 1/2 이상을 잃거나 또는 지절간관절 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디)이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
- (2) 기타 발가락의 경우 원위지절간관절(끝에서 첫째 마디) 이상을 잃거나 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절간관절(끝에서 둘째 마디)이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

17. 두부 및 안면부의 추상

가. 현저한 추상

두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우

나. 추상

두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm 이상 10cm 미만 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우

18. 성기능의 영구적 장애

음경의 결손, 반흔 또는 경결 등으로 음위(발기부전)가 있거나 반흔으로 인한 질구 협착 등으로 성교 불능인 경우를 말한다.

19. 추간판탈출증

추간판탈출증, 팽윤, 파열 등은 의학적 임상증상과 특수검사(CT, MRI, 근전도 등) 소견이 일치하는 경우 그 증상을 인정하며, 수술여부에 관계없이 운동장애는 인정하지 아니하고, 후유증상의 정도에 따라 다음과 같이 구분한다.

가. “고도의 추간판탈출증”

2 개이상의 추체간에 추간판탈출증에 대한 수술을 하거나 하나의 추간판이라도 재수술을 하여 후유증상이 뚜렷한 경우

나. “중도의 추간판탈출증”

- 근위축 또는 근력약화와 같은 임상소견이 뚜렷하고, 특수보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전마비가 인정되는 경우
- 신경마비로 인하여 사지에 경도의 단마비가 있을 경우, 이 경우 복합된 척추신경근의 완전마비가 있는 경우에는 신경계통의 기능장애정도에 따라 등급을 결정한다.

다. “경도의 추간판탈출증”

- 감각이상·요통·방사통 등의 자각증세가 있고 하지직거상 검사에 의한 양성소견이 있는 경우

20. 신체의 동일 부위

가. 한 팔에 대하여는 어깨관절이하(손가락, 손목이하, 팔꿈치이하, 어깨이하)를 모두 동일부위라 한다.

나. 한 다리에 대하여는 골반관절이하(발가락, 발목이하, 무릎이하, 골반이하)를 모두 동일 부위라 한다.

- 다. 눈 또는 귀의 장애에 대하여는 두 눈 또는 두 귀를 각각 동일부위라 한다.
- 라. 척추에 대하여는 목뼈이하를 모두 동일부위라 한다.
- 마. 장애등급분류표중 제 1 급의 5,6,7,8,9, 제 2 급의 3,4,5, 제 3 급의 8 또는 제 4 급의 12의 장애에 해당하는 경우는 두 팔, 두 다리, 한 팔과 한 다리, 10 손가락 또는 발가락을 각각 동일부위라 한다.

21. “영구히”

“영구히”란 다음의 경우를 말한다.

- 가. 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우
- 나. 장래에 일정기간 경과후 호전가능성의 유무를 확정할 수 없을 경우
- 다. 장애의 호전가능성이 있다하여도 장애확정시점까지는 상당한 기간이 소요되는 경우

(별 표 8)

재해분류표

재해라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 다음 분류표에 따른 사고를 말한다.

* 이 분류는 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1.1. 시행) 중 “ 질병이환 및 사망의 외인” 에 의한 것임.

분 류 항 목	분류번호
1. 운수사고에서 다친 보행인	V01 - V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10 - V19
3. 운수사고에서 다친 모터사이클 탑승자	V20 - V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차량의 탑승자	V30 - V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40 - V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴 탑승자	V50 - V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차 탑승자	V60 - V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70 - V79
9. 기타 육상운수 사고 (철도사고 포함)	V80 - V89
10. 수상 운수사고	V90 - V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95 - V97
12. 기타 및 상세불명의 운수사고	V98 - V99
13. 추락	W00 - W19
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20 - W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50 - W64
16. 불의의 익수	W65 - W74
17. 기타 불의의 호흡 위험	W75 - W84
18. 전류, 방사선 및 극순환 기온 및 압력에 노출	W85 - W99
19. 연기, 불 및 화염에 노출	X00 - X09
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10 - X19
21. 유독성 동물 및 식물과 접촉	X20 - X29
22. 자연의 힘에 노출	X30 - X39
23. 유독물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40 - X49
24. 기타 및 상세불명의 요인에 불의의 노출	X58 - X59
25. 가해	X85 - Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10 - Y34
27. 법적개입 및 전쟁행위	Y35 - Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질	Y40 - Y59
29. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난	Y60 - Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70 - Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게한 외과적 및 내과적 처치	Y83 - Y84
32. 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 규정한 전염병	

※ 제외사항

- “ 약물 및 의약품에 의한 불의의 중독 ” 중 외용약 또는 약물 접촉에 의한 알레르기 피부염 (L23.3)
- “ 기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독 ” 중 한국표준질병사인분류 상 A00~R99 에 분류가 가능한 것
- “ 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난 ” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
- “ 자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고 ” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- “ 익수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고 ” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- “ 기타 불의의 사고 ” 중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
- “ 법적 개입 ” 중 처형 (Y35.5)

무배당하나치료비특약 I 형
(암치료형)

무배당하나치료비특약 I 형(암치료형) 보통약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암치료비 및 상피내암치료비의 지급사유가 각각 1 회 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 제 2 조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에도 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 피보험자(주피보험자, 종피보험자, 배우자, 계약자, 피보험자 등) 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 3 조 【특약의 책임개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 11 조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암에 대한 책임개시일은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 4 조 【계약의 무효】

다음에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우
3. 피보험자가 계약일로부터 제 3 조(특약의 책임개시일)에 정한 책임개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정되어 있는 경우

제 5 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 15 조(해약환급금)에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 지급합니다.

② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간】

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

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의 납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 15 조(해약환급금)을 지급합니다.

제 10 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활】

① 회사는 이 특약의 부활(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.

② 주계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제 3 조(특약의 책임개시일)의 규정을 따릅니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11 조 【“암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 3 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병(별표 2 “악성신생물분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 암 중에서 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 별표 2 의 분류번호 C44 에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 상기분류에서 제외합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제 3 차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(별표 3 “상피내의 신생물분류표” 참조)을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 13 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 최초로 진단이 확정되었을 때 : 해당 암치료비 지급 (단, 암, 상피내암 각각에 대하여 1 회에 한함)

제 14 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차 회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 이 특약에서 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

③ 제 2 항의 경우 보험기간 중 피보험자가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조 (실종의 선고) 제 2 항에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표 4 참조)에서 정하는 재해

(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망 보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 피보험자가 책임개시일 이후에 사망하여 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 해당 암치료비 지급을 지급합니다. 다만, 책임개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우에는 제외합니다.

제 15 조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 16 조 【가입자의 계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같다) 합니다. 그러나, 의료법 제 3 조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 17 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제 16 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반하고 그 계약전 알릴의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지(解止)할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1 년) 이상 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 회사는 계약을 해지할 때 계약전 알릴의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

③ 제 1 항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다. 다만, 피보험자의 암진단 확정 후 암진단 확정과 인과관계가 없는 계약전 알릴의무 위반으로 계약이 해지된 경우에는 암진단 확정일로부터 180 일 이내에 그 암으로 발생한 해당보험금을 지급하여 드리며, 이 경우 계약 해지 시 이미 지급한 금액을 공제합니다.

④ 제 1 항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종(청약서상의 승낙거절 직업 또는 직종 제외)에 관한 계약전 알릴의무를 위반하여 회사가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다.

⑤ 제 16 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당보험금을 지급합니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제 18 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 암진단서, 상피내암진단서 등)
3. 보험증권
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 19 조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제 18 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 일 이내에 지급합니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제 17 조(계약전 알릴의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.

③ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하기로 합니다. 그러나 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 피보험자와 회사가 동의하여 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3

의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제 3 의 의사”는 의료보험법에서 정하는 제 3 차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

④ 제 1 항 내지 제 3 항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 피보험자나 수익자가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금 또는 책임준비금의 지급 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제 1 항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7 일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 제 4 항에 의하여 계약자, 피보험자 또는 수익자가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날로부터 그에 대한 동의를 정당한 사유없이 지체한 기간에 대해서는 그러하지 아니합니다.

⑥ 제 15 조(해약환급금) 제 1 항의 규정에 의한 해약환급금은 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1 년 이내의 기간은 예정이율의 50 %, 1 년을 초과하는 기간은 1 %
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1 %

제 6 관 기타사항

제 20 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암치료비	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정 되었을 때	1,000 만원 (단, 1 회에 한하며, 계약일로부터 2 년 미만에 암으로 진단 확정시에는 50% 지급)
상피내암 치료비	피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단확정 되었을 때	200 만원 (단, 1 회에 한하며, 계약일로부터 2 년 미만에 상피내암으로 진단 확정시에는 50% 지급)

- 주) 1. 암에 대한 책임개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

(별 표 2)

악성신생물분류표

주보험의 (별 표 2)“악성신생물분류표” 와 동일

(별 표 3)

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 중이 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁경관의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

재해분류표

주보험의 (별 표 8) “재해분류표” 와 동일

무배당하나입원특약 약관

무배당 하나입원특약 보통약관

제 1 관 특약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

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

제 2 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 피보험자(주피보험자, 종피보험자, 배우자, 계약자, 피보험자 등) 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 3 조 【특약의 책임개시일】

이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금 지급합니다

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활】

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

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격을 가진 자(이하 “의사”라 하며, 치과 의사 및 한의사를 포함 합니다.)에 의하여 별표 1(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 11 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원(“의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다” 이하 같습니다)하였을 때 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 다음에 정한 입원급여금을 지급합니다.

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액
입원급여금	피보험자가 질병 또는 재해의 치료를 직 접목적으로 4 일이상 계속입원 하였을 때	1 만원 (3 일 초과 입원일수 1 일 당)

제 12 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 하며, 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 합산하여 지급일수 120 일을 적용합니다.
그러나, 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 입원급여금을 지급하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.
- ④ 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 계속입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제 13 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 입원급여금 지급사유가 발생한 때에는 입원급여금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지(解止)할 수 있습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
그러나, 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
 - 2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 입원급여금을 제외한 나머지 입원급여금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ② 회사는 제 1 항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
 - 1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 - 2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - 3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 14 조 【해약환급금】

- ① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 15 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 입원급여금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 병원 또는 의원의 입원증명서
3. 보험증권
4. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제 16 조 【보험금등의 지급】

① 회사는 제 15 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 일 이내에 입원급여금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10 일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표 2> “보험금 지급시의 부리이율 계산”과 같습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해등급의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 17 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급 특약의 규정을 따릅니다.

(별 표 1)

질병 및 재해분류표

이 분류는 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의한 것임.

분 류 향 목	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00 - B99
II. 신생물	C00 - D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	D50 - D89
IV. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00 - E90
VI. 신경계통의 질환	G00 - G99
VII. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00 - H59
VIII. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60 - H95
IX. 순환기계통의 질환	I00 - I99
X. 호흡기계통의 질환	J00 - J 99
X I. 소화기계통의 질환	K00 - K93
X II. 피부 및 피부밑조직의 질환	L00 - L99
X III. 근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00 - M99
X IV. 비뇨생식기계통의 질환	N00 - N99
X V. 임신, 출산 및 산욕	O00 - O99
X VI. 주산기에 기원한 특정 병태	P00 - P96
X VIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00 - R99
X IX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00 - T98
X X. 질병이환 및 사망의 외인	V01 - Y98
· 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 종에 규정한 전염병	
· 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제재에 의한 사고	

(주) 다음 사항은 입원급여금 지급대상에서 제외함.

1. 정신장애(심신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장애로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도- 크검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인하여 입원한 경우

(별 표 2)

보험금 지급시의 부리이율 계산 (제 16 조 제 2 항 관련)

구 분	부 리 기 간	지 급 이 자
보험금(제 11 조) 및 피보험자 사망 당시의 책임준비금 (제 1 조 2 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	약관대출이율
해약환급금 (제 14 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	약관대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸사유가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당하나의료비특약 약관

무배당하나의료비특약 보통약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 성립】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 피보험자(주피보험자, 종피보험자, 배우자, 계약자, 피보험자 등) 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 3 조 【특약의 책임개시일】

이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약의 무효】

- ① 다음에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
 2. 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우

제 5 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 15 조(해약환급금)에 따라 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다.

그러나, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간】

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

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의 납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 15 조(해약환급금)을 지급합니다.

제 10 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활】

- ① 회사는 이 특약의 부활(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제 3 조(특약의 책임개시일)의 규정을 따릅니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11 조 【“재해골절”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “재해골절”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표 2(재해골절분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 재해골절의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 조에 규정된 병원 또는 의원(이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 포함합니다)의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 12 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 별표 3(교통재해분류표)에서 정하는 교통재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인한 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해(별표 4 “질병 및 재해분류표”참조. 이하 같습니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표 5(수술분류표)에서 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제 13 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 재해골절로 진단 확정되었을 때 : 골절치료비 지급(사고 1 회에 한함)
2. 피보험자가 보험기간 중 발생한 교통재해로 인한 상해의 치료를 직접 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원(단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때 : 응급치료비 지급(사고 1 회에 한함)
3. 피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 : 수술비 지급

제 14 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 약관에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.
- ② 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1 년 이내에 그 재해로 인하여 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.
- ③ 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 응급치료비를 지급합니다.
- ④ “계속하여 입원”이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 응급치료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 15 조 【해약환급금】

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

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 16 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서 (재해골절진단서, 입원치료확인서, 수술증명서 등)
 3. 보험증권
 4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
 5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 17 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 16 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제 1 항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7 일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제 15 조(해약환급금) 제 1 항의 규정에 의한 해약환급금은 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1 년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1 년을 초과하는 기간은 1 %
 2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1 %

제 5 관 기타사항 등

제 18 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 액
골절치료비	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 재해골절로 진단확정 되었을 때	30 만원 (사고당 1 회에 한함)
응급치료비	피보험자가 보험기간 중 발생한 교통재해로 인한 상해의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때	30 만원 (사고당 1 회에 한함)
수술비	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때	50 만원 (수술 1 회당)

(별 표 2)

재해골절분류표

약관에 규정하는 “ 재해골절” 은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 목의 골절	S12
3. 늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	S22
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
8. 대퇴골의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 다발성 신체부위의 골절	T02
12. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
13. 상세불명 부위의 상지 골절	T10
14. 상세불명 부위의 하지 골절	T12
15. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제 4 차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

교통재해분류표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 재해
 - 나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 재해
 - 다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 재해

2. 제 1 호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블카를 포함합니다), 에레베이타 및 에스카레이타 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠-타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박(윌트, 모타보트, 보트를 포함합니다) 등

3. 제 2 호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 재해일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.

4. 제 1 호 “가” 또는 “나” 에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통재해로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

(별 표 4)

질병 및 재해분류표

(한국표준질병사인분류)

분 류 항 목	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00 - B99
II. 신생물	C00 - D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정 장애	D50 - D89
IV. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00 - E90
VI. 신경계의 질환	G00 - G99
VII. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00 - H59
VIII. 귀 및 유양돌기의 질환	H60 - H95
IX. 순환기계의 질환	I00 - I99
X. 호흡기계의 질환	J00 - J 99
X I. 소화기계의 질환	K00 - K93
X II. 피부 및 피하조직의 질환	L00 - L99
X III. 근골격계 및 결합조직의 질환	M00 - M99
X IV. 비뇨생식기계의 질환	N00 - N99
X V. 임신, 출산 및 산욕	O00 - O99
X VI. 주산기에 기원한 특정 병태	P00 - P96
X VIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00 - R99
X IX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00 - T98
X X. 질병이환 및 사망의 외인	V01 - Y98
· 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 규정한 전염병	
· 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제재에 의한 사고	

(주) 다음 사항은 입원급여금 지급대상에서 제외함.

1. 정신장애(심신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장애로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

(별 표 5)

수술분류표

수 술 명
<p>♣ 피부, 유방의 수술(皮膚, 乳房의 手術)</p> <p>1. 식피술(植皮術) (25cm² 미만은 제외함)</p> <p>2. 유방절단술(乳房切斷術)</p>
<p>♣ 근골의 수술(筋骨의 手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]</p> <p>3. 골이식술(骨移植術)</p> <p>4. 골수염, 골결핵수술(骨髓炎, 骨結核手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함]</p> <p>5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골, 비중격(鼻骨, 鼻中隔)은 제외함]</p> <p>6. 비골 관혈수술(鼻骨 觀血手術) [비중격만곡증수술(鼻中隔彎曲症手術)은 제외함]</p> <p>7. 상악골, 하악골, 악관절 관혈수술(上顎骨, 下顎骨, 顎關節 觀血手術) [치, 치육(齒, 齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함]</p> <p>8. 척추, 골반 관혈수술(脊椎, 骨盤 觀血手術)</p> <p>9. 쇄골, 견갑골, 늑골, 흉골 관혈수술(鎖骨, 肩胛骨, 肋骨, 胸骨 觀血手術)</p> <p>10. 사지절단술(四肢切斷術) [손가락, 발가락은 제외함]</p> <p>11. 절단사지재접합술(切斷四肢再接合術) [골, 관절(骨, 關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것]</p> <p>12. 사지골, 사지관절 관혈수술(四肢骨, 四肢關節 觀血手術) [손가락, 발가락은 제외함]</p> <p>13. 근, 건, 인대 관혈수술(筋, 腱, 靭帶 觀血手術) [손가락, 발가락은 제외함. 근염, 결절종, 점액종수술(筋炎, 結節腫, 粘液腫 手術)은 제외함]</p>
<p>♣ 호흡기, 흉부의 수술(呼吸器, 胸部의 手術)</p> <p>14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)</p> <p>15. 후두전적제술(喉頭全摘除術)</p> <p>16. 기관, 기관지, 폐, 흉막수술(氣管, 氣管支, 肺, 胸膜手術)</p> <p>17. 흉곽형성술(胸郭形成術)</p> <p>18. 중격중앙적출술(縱隔腫瘍摘出術)</p>
<p>♣ 순환기, 비의 수술(循環器, 脾의 手術)</p> <p>19. 관혈적혈관형성술(觀血的血管形成術) [혈액투석용(血液透析用) Shunt 형성술(形成術)을 제외함]</p> <p>20. 정맥류근본수술(靜脈瘤根本手術)</p> <p>21. 인동맥, 인정맥, 폐동맥, 관동맥수술(人動脈, 人靜脈, 肺動脈, 冠動脈手術) [개흉, 개복술(開胸, 開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>22. 심막절개, 봉합술(心膜切開, 縫合術)</p> <p>23. 직시하심장내수술(直視下心腸內手術)</p> <p>24. 체내용(體內用), Pace Maker</p> <p>25. 비적제술(脾摘除術)</p>
<p>♣ 소화기의 수술(消化器의 手術)</p> <p>26. 이하선중앙적출술(耳下腺腫瘍摘出術)</p> <p>27. 악하선중앙적출술(顎下腺腫瘍摘出術)</p> <p>28. 식도이단술(食道離斷術)</p> <p>29. 위절제술(胃切除術)</p> <p>30. 기타의 위, 식도수술(胃, 食刀手術) [개흉, 개복술(開胸, 蓋覆術)을 수반하는 것]</p> <p>31. 복막염수술(腹膜炎手術)</p> <p>32. 간장, 담낭, 담도, 췌장 관혈수술(肝臟, 膽囊, 膽道, 脾臟 觀血手術)</p> <p>33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)</p> <p>34. 충수절제술, 맹장봉축술(蟲垂切除術, 盲腸縫縮術)</p> <p>35. 직장탈근본수술(直腸脫 根本手術)</p> <p>36. 기타의 장, 장간막수술(腸, 腸間膜手術)[개복술(開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>37. 치루, 탈항, 치핵근본수술(痔瘻, 脫肛, 痔核根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치, 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]</p>

수 술 명
<p>♣ 뇨, 성기의 수술(尿, 性器의 手術)</p> <p>38. 신이식수술(腎移植手術)</p> <p>39. 신장, 신우, 뇨관, 방광 관혈수술(腎臟, 腎盂, 尿管, 膀胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]</p> <p>40. 뇨도협착 관혈수술(經尿狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]</p> <p>41. 뇨류폐쇄 관혈수술(尿瘻閉鎖 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]</p> <p>42. 음경절단술(陰莖切斷術)</p> <p>43. 고환, 부고환, 정관, 정색, 정낭, 전립선수술 (辜丸, 副辜丸, 精管, 精索, 精囊, 前立腺手術)</p> <p>44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)</p> <p>45. 자궁광범전적제술(子宮廣汎全摘除術) [단순자궁전적(單純子宮全摘)등의 자궁전적제술(全摘除術)은 제외함]</p> <p>46. 자궁경관형성술, 자궁경관봉축술(子宮頸管形成術, 子宮頸管縫縮術)</p> <p>47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)</p> <p>48. 자궁외임신수술(子宮外妊娠手術)</p> <p>49. 자궁탈, 질탈수술(子宮脫, 膺脫手術)</p> <p>50. 기타의 자궁수술(子宮手術)</p> <p>51. 난관, 난소 관혈수술(卵管, 卵巢 觀血手術)[경질적조작(經膺的操作)은 제외함]</p> <p>52. 기타의 난관, 난소수술(卵管, 卵巢手術)</p>
<p>♣ 내분비기의 수술(內分泌器의 手術)</p> <p>53. 하수체종양적제술(下垂體腫瘍摘除術)</p> <p>54. 갑상선수술(甲狀腺手術)</p> <p>55. 부신전적제술(副腎全摘除術)</p>
<p>♣ 신경의 수술(神經의 手術)</p> <p>56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)</p> <p>57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술, 이식술, 절제술, 감압술, 개방술, 염제술 (形成術, 移植術, 切除術, 減壓術, 開放術, 捻除術)]</p> <p>58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)</p> <p>59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)</p>
<p>♣ 감각기, 시기의 수술(感覺器, 視器의 手術)</p> <p>60. 안검하수증수술(眼瞼下垂症手術)</p> <p>61. 누소관형성술(淚小管形成術)</p> <p>62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)</p> <p>63. 결막낭형성술(結膜囊 形成術)</p> <p>64. 각막이식술(角膜利殖術)</p> <p>65. 관혈적전방, 홍채, 초자체, 안와내이물제거술 (觀血的前房, 虹彩, 硝子體, 眼窩內異物除去術)</p> <p>66. 홍채전후유착박리술(虹彩前後癒着剝離術)</p> <p>67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)</p> <p>68. 백내장, 수정체 관혈수술(白內障, 水晶體 觀血手術)</p> <p>69. 초자체 관혈수술(硝子體, 觀血手術)</p> <p>70. 망막박리증수술(網膜薄利症手術)</p>
<p>71. Laser, 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]</p> <p>72. 안구적제술, 조직충진술(眼球摘除術, 組織充填術)</p> <p>73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)</p> <p>74. 안근이식술(眼筋移植術)</p>
<p>♣ 감각기, 청기의 수술(感覺器, 聽器의 手術)</p> <p>75. 관혈적고막, 고실형성술(觀血的鼓膜, 鼓室形成術)</p> <p>76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)</p> <p>77. 중이근본수술(中耳根本手術)</p> <p>78. 내이 관혈수술(內耳 觀血手術)</p> <p>79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍摘出術)</p>

수 술 명
♣ 악성신생물의 수술(惡性新生物의 手術) 80. 악성신생물근치수술(惡性新生物 根治手術) 81. 악성신생물온열요법(惡性新生物溫熱療法) [시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 82. 기타의 악성신생물수술(惡性新生物手術)
♣ 상기 이외의 수술(上記 以外의 手術) 83. 상기 이외의 개두술(開頭術) 84. 상기 이외의 개흉술(開胸術) 85. 상기 이외의 개복술(開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌, 후두, 흉부, 복부장기 수술 (腦, 喉頭, 胸部, 腹部腸器手術)[검사, 처치는 포함하지 않음. 시술(施術)개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]
♣ 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) 88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射)[5,000 Rad 이상의 조사(照射)로 시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]

★ 비 고

1. 병원 또는 의원

의료법에 정한 병원 또는 환자를 수용하는 시설을 가진 의원으로 합니다.

2. 치료를 직접목적으로 한 수술

미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않는 불임수술, 진단·검사[생검, 복강경검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등]를 위한 수술 등은 『치료를 직접목적으로 한 수술』에 해당되지 않습니다.

주) 「수술분류표」상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 치료기법으로 시술한 경우 「수술분류표」상의 동일부위 수술로 봅니다.

무배당하나종합암보장특약 약관

무배당하나종합암보장특약 보통약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 피보험자(주피보험자, 종피보험자, 배우자, 계약자, 피보험자 등) 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 3 조 【특약의 책임개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 11 조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암에 대한 책임개시일은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제 4 조 【계약의 무효】

다음에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우
3. 피보험자가 계약일로부터 제 3 조(특약의 책임개시일)에 정한 책임개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정되어 있는 경우

제 5 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분

은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 18 조(해약환급금)에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 지급합니다.

② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간】

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

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의 납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 18 조(해약환급금)을 지급합니다.

제 10 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활】

① 회사는 이 특약의 부활(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.

② 주계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제 3 조(특약의 책임개시일)의 규정을 따릅니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11 조 【“암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제 3 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병(별표 2 “악성신생물분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 암 중에서 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 별표 2 의 분류번호 C44 에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 상기분류에서 제외합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제 3 차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(별표 3 “상피내의 신생물분류표” 참조)을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 13 조 【“방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암 또는 상피내암의 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 14 조 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 암 또는 상피내암의 치료를 위하여 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제 15 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암 또는 상피내암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 암 또는 상피내암에 의한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK 은 제외합니다.

제 16 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 최초로 진단이 확정되었을 때 : 해당 암치료비 지급(단, 암 또는 상피내암 각각 1 회의 진단 확정에 한하여 지급)
2. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 최초로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 제 13 조(방사선 치료의 정의)에 정한 방사선치료를 받았을 때 : 방사선치료비 지급(단, 암 또는 상피내암의 방사선치료비는 각각 1 회에 한함)
3. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 최초로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 제 14 조(항암약물치료의 정의)에 정한 항암약물치료를 받았을 때 : 항암약물치료비 지급(단, 암 또는 상피내암의 항암약물치료비는 각각 1 회에 한함)
4. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 암수술비 지급
5. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속입원(“병원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다” 이하 같습니다) 하였을 때 : 해당 입원비 지급(단, 해당 입원비의 지급일 수는 1 회 입원당 120 일 한도내에서 지급)
6. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 최초로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 31 일, 61 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 해당 장기입원치료비 지급
7. 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 최초로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 91 일 이상 계속하여 입원한 후 생존 퇴원하였을 때 : 해당 요양비 지급

제 17 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약에서 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 보험기간 중 피보험자가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표 4 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에

기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 피보험자가 동일한 암, 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 4 일 이상의 입원을 2 회 이상 한 경우 1 회 입원으로 간주하여 각 입원일 수를 합산하고 제 6 항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 상피내암에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다.

⑤ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호 내지 제 7 호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 입원비또는 장기입원치료비 또는 요양비를 지급합니다.

⑥ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 합니다.

⑦ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호 내지 제 7 호의 경우 계속입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑧ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 7 호의 경우 피보험자가 암 또는 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 요양비가 지급된 최종 입원의 퇴원 일로부터 180 일 이내에 재입원하여 다시 퇴원하였을 경우에는 요양비를 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 암보장 책임개시일 이후에 사망하여 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 암치료비를 지급합니다. 다만, 책임개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우에는 제외합니다.

⑩ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호 내지 제 7 호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑪ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 6 호의 경우 피보험자가 동일 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 61 일 미만 입원한 후 퇴원하고 재입원한 경우에는 각 입원일 수를 합산하여 장기입원치료비를 지급합니다.

⑫ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 6 호의 경우 피보험자가 동일 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 31 일, 61 일이상 입원하였을 때에는 장기입원치료비를 각각 1 회씩 지급하고, 동일 암 또는 상피내암으로 인한 입원이라도 61 일이 경과한 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일 이내에 재입원한 경우에는 제 11 항의 규정에도 불구하고, 장기입원치료비를 지급하지 아니합니다. 그러나, 암 또는 상피내암에 의한 입원이라도 장기입원치료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비 또는 장기입원치료비 또는 요양비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑭ 장애상태의 등급이 재해일로부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애상태의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애등급을 결정합니다.

제 18 조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준

비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 19 조 【가입자의 계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같다) 합니다. 그러나, 의료법 제 3 조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 20 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제 19 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반하고 그 계약전 알릴의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지(解止)할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1 년) 이상 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 회사는 계약을 해지할 때 계약전 알릴의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

③ 제 1 항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다. 다만, 피보험자의 암진단 확정 후 암진단 확정과 인과관계가 없는 계약전 알릴의무 위반으로 계약이 해지된 경우에는 암진단 확정일로부터 180 일 이내에 그 암으로 발생한 해당보험금을 지급하여 드리며, 이 경우 계약 해지 시 이미 지급한 금액을 공제합니다.

④ 제 1 항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종(청약서상의 승낙거절 직업 또는 직종 제외)에 관한 계약전 알릴의무를 위반하여 회사가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다.

⑤ 제 19 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금

지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당보험금을 지급합니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제 21 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서 (사망진단서, 암진단서, 상피내암진단서, 장해진단서, 항암약물치료 확인서, 방사선치료확인서, 입원치료확인서, 수술증명서, 퇴원증명서 등)
 3. 보험증권
 4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
 5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 22 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 21 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 일 이내에 지급합니다.
- ② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제 20 조(계약전 알릴의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.
- ③ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하기로 합니다. 그러나 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 피보험자와 회사가 동의하여 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3 의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제 3 의 의사”는 의료보험법에서 정하는 제 3 차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ④ 제 1 항 내지 제 3 항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 피보험자나 수익자가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금 또는 책임준비금의 지급 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 제 1 항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7 일 이내에 지급지연을 수익자 또는

계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 제 4항에 의하여 계약자, 피보험자 또는 수익자가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날로부터 그에 대한 동의를 정당한 사유없이 지체한 기간에 대해서는 그러하지 아니합니다.

⑥ 제 18 조(해약환급금) 제 1 항의 규정에 의한 해약환급금은 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1 년 이내의 기간은 예정이율의 50 %, 1 년을 초과하는 기간은 1 %
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1 %

제 6 관 기타사항

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암치료비	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 “암”으로 진단확정 되었을 때	2,000 만원(1 회에 한함) (단, 계약일로부터 2 년미만 경과시 50%지급)
	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 “상피내암”으로 진단확정 되었을 때	400 만원(1 회에 한함) (단, 계약일로부터 2 년미만 경과시 50%지급)
방사선치료비	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정된 후 그 치료를 직접적인 목적으로 방사선치료를 받았을 때	200 만원 (단, 1 회에 한함)
	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정된 후 그 치료를 직접적인 목적으로 방사선치료를 받았을 때	40 만원 (단, 1 회에 한함)
항암약물치료비	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정된 후 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받았을 때	200 만원 (단, 1 회에 한함)
	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정된 후 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받았을 때	40 만원 (단, 1 회에 한함)
암입원비	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속 입원하였을 때	3 일 초과 1 일당 10 만원 (1 회 입원당 지급일수 120 일 한도)
	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단확정되고 그 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속 입원하였을 때	3 일 초과 1 일당 2 만원 (1 회 입원당 지급일수 120 일 한도)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	300 만원 (수술 1 회당)
	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	60 만원 (수술 1 회당)
암장기입원 치 료 비	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 31 일, 61 일 이상 계속하여 입원하였을 때	· 계속 입원일수가 31 일이 되었을 때 : 50 만원 · 계속 입원일수가 61 일이 되었을 때 : 100 만원
	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 31 일, 61 일 이상 계속하여 입원하였을 때	· 계속 입원일수가 31 일이 되었을 때 : 10 만원 · 계속 입원일수가 61 일이 되었을 때 : 20 만원
암요양비	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 91 일 이상 계속하여 입원한 후 생존 퇴원하였을 때	생존 퇴원일까지의 계속 입원일수에 따라 아래 금액을 지급 · 91 일 ~ 120 일 : 200 만원 · 121 일 ~ 180 일 : 300 만원 · 181 일 이상 : 500 만원 (퇴원 1 회당)
	피보험자가 보험기간 중 제 3 조(특약의 책임개시일)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단확정되고 그 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 91 일 이상 계속하여 입원한 후 생존 퇴원하였을 때	생존 퇴원일까지의 계속 입원일수에 따라 아래 금액을 지급 · 91 일 ~ 120 일 : 40 만원 · 121 일 ~ 180 일 : 60 만원 · 181 일 이상 : 100 만원 (퇴원 1 회당)

- 주) 1. 암에 대한 책임개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

(별 표 2)

악성신생물분류표

주보험의 (별 표 2) “악성신생물분류표” 와 동일

(별 표 3)

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 중이 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁경관의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

재해분류표

주보험의 (별 표 8) “재해분류표” 와 동일

무배당하나정기특약

무배당하나정기특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하거나 또는 장애등급분류표(별표 3 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다) 중 제 1 급의 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【피보험자의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 피보험자(주피보험자, 종피보험자, 배우자, 계약자, 피보험자 등) 중 1 인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제 3 조 【특약의 책임개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 11 조(3 대질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 암에 대한 책임개시일은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제 4 조 【특약의 무효】

- 다음에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결 시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
 2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우

제 5 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 16 조(해약환급금)에 따라 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간】

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

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의 납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 16 조(해약환급금)을 지급합니다.

제 10 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활】

- ① 회사는 이 특약의 부활(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제 3 조(특약의 책임개시일)의 규정을 따릅니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11 조 【“3대질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “ 3 대질환 ” 이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 악성신생물(이하 “ 암 ” 이라 합니다), 뇌졸중 및 급성심근경색증으로 분류되는 질병(별표 2 “ 3 대질환분류표 ” 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 별표 2의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 암에서 제외합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액 검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에 규정된 국내의 병원 또는 의원(이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 포함합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 “ 의사 ” 라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brainCTscan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 급성심근경색증의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제 12 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 “ 수익자 ” 라 합니다)에게 사망보험금(별표 1 “ 보험금지급기준표 ” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 뇌졸중 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되었을 때 또는 제 3 조(특약의 책임개시일) 제 2 항에서 정한 책임개시일 이후에 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되었을 때 : 3 대질환사망보험금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 3 대질환 이외의 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되었을 때 또는 제 3 조(특약의 책임개시일) 제 2 항에서 정한 책임개시일 이전에 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되었을 때 : 일반사망보험금 지급

제 13 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항에 준하는 사유 또는 별표 4 재해분류표에서 정하는 재해(이하 “ 재해 ” 라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1 년

이내에 그 재해로 인하여 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.

③ 장해상태의 등급이 재해일로부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급을 결정합니다.

④ 보험료 납입기간 중 주계약의 약관에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

제 14 조 【보험금 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 또는 책임준비금을 드리지 아니하거나 보험료 납입면제를 하여드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우와 계약의 책임개시일(부활계약의 경우는 부활청약일)부터 2 년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해등급분류표 중 제 1 급의 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외 한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

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

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제 15 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

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

제 16 조 【해약환급금】

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

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험가입시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 17 조 【가입자의 계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서

에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같다) 합니다. 그러나, 의료법 제 3 조의 종합 병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 18 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제 17 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반하고 그 계약전 알릴의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지(解止)할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1 년) 이상 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 회사는 계약을 해지할 때 계약전 알릴의무 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

③ 제 1 항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다. 다만, 피보험자의 암진단 확정 후 암진단 확정과 인과관계가 없는 계약전 알릴의무 위반으로 계약이 해지된 경우에는 암진단 확정일로부터 180 일 이내에 그 암으로 발생한 해당보험금을 지급하여 드리며, 이 경우 계약 해지시 이미 지급한 금액을 공제합니다.

④ 제 1 항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종(청약서상의 승낙거절 직업 또는 직종 제외)에 관한 계약전 알릴의무를 위반하여 회사가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다.

⑤ 제 17 조(가입자의 계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당보험금을 지급합니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제 19 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 보험증권
 4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
 5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 20 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 19 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 일 이내에 지급합니다.
- ② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제 18 조(계약전 알릴의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.
- ③ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하기로 합니다. 그러나 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 피보험자와 회사가 동의하여 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3 의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제 3 의 의사”는 의료보험법에서 정하는 제 3 차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ④ 제 1 항 내지 제 3 항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 피보험자나 수익자가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금 또는 책임준비금의 지급 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 제 1 항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 지급기일로부터 7 일 이내에 지급지연을 수익자 또는 계약자에게 통보하고 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 제 4 항에 의하여 계약자, 피보험자 또는 수익자가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날로부터 그에 대한 동의를 정당한 사유없이 지체한 기간에 대해서는 그러하지 아니합니다.
- ⑥ 제 16 조(해약환급금) 제 1 항의 규정에 의한 해약환급금은 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급 청구일까지의 기간 : 1 년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1 년을 초과하는 기간은 1%
 2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율 + 1%

제 6 관 기타사항

제 21 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 액
3 대질환 사망보험금	피보험자가 보험기간 중 뇌졸중 또는 급성심근경색 증을 직접적인 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되었을 때 또는 제 3 조(특약의 책임개시일) 제 2 항에서 정한 책임개시일 이후에 암 을 직접적인 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되었을 때	1,000 만원
일반사망 보험금	피보험자가 보험기간 중 3 대질환 이외의 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되 었을 때 또는 제 3 조(특약의 책임개시일) 제 2 항에 서 정한 책임개시일 이전에 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 장애분류표 중 제 1 급의 장애상태가 되 었을 때	500 만원

주) 암에 대한 계약상의 책임개시일은 계약일을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음날부
터입니다.

(별 표 2)

3 대질환분류표

약관에 규정하는 “ 3 대질환 ” 으로 분류되는 질병은 제 3 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3 호, 1995.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
	2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
	3. 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성신생물	C30-C39
	4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
	5. 흑색종 및 피부의 기타 악성신생물	C43-C44
	6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
	7. 유방의 악성신생물	C50
	8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
	9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
	10. 요로의 악성신생물	C64-C68
	11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물	C69-C72
	12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73-C75
	13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
	14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
	15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
뇌졸중	1. 거미막하 출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	4. 뇌경색(증)	I63
	5. 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	6. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
급성심근경색증	1. 급성심근경색증	I21
	2. 속발성 심근경색증	I22
	3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제 4 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

장해등급분류표

주보험의 (별 표 6) “장해등급분류표” 와 동일

(별 표 4)

재해분류표

주보험의 (별 표 7) “재해분류표” 와 동일