

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장 개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활일을 기준으로 15세미만의 피보험자의 경우 부활(효력회복)일을 암보장 개시일로 합니다.

○ 건강보험

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 재물 및 배상책임 관련 보장

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

○ 갱신형 보장

- 갱신형 특별약관의 보험기간은 3년만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 아래 갱신종료연령까지 보장받을 수 있습니다.

구 분		갱신 종료연령
실손의료비(갱신형) 보장특약	상해입원실손의료비, 상해통원실손의료비 질병입원실손의료비, 질병통원실손의료비 종합입원실손의료비, 종합통원실손의료비	기본계약 만기 (20세, 30세, 80세, 100세)

- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

- 실손의료비(갱신형)보장 특약(상해입원실손의료비, 상해통원실손의료비, 질병입원실손의료비, 질병통원실손의료비, 종합입원실손의료비 및 종합통원실손의료비)의 보험료는 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체 납입되며, 적립분 부족시 추가납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해약시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 15세이상의 피보험자가 보험계약일로부터 90일 이내에 “기타피부암 및 갑상샘암 이외의 암“으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 보장개시일이 경과한 이후에도 암 진단 확정일이 보험계약일로부터 1년이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 특정질병 관련 보장

- 암, Cib험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정질병의 진단 확정일이 보험계약일로부터 1년이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 간병 관련 보장

- ‘활동불능상태’란 보조기구를 사용하여도 이동, 식사, 목욕, 옷입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태가 180일이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- ‘중증치매상태’란 약관에서 정한 일정정도 이상의 중증치매로 진단되고 180일이상 CDR척도 3점 이상의 ‘인지기능장애’가 발생한 상태를 말합니다.

○ 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 아니한 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 상해입원급여금의 경우, 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

○ **상해 관련 보장**

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

○ **교통상해 관련 보장**

- ‘휴일’이라 함은 토요일과 ‘관공서의 공휴일에 관한 규정에서 정한 휴일’로 하며, 국외인 경우 사고발생지의 토요일과 해당 법률상 관공서의 공휴일로 합니다.
- ‘운전중 교통상해사망보험금’에서 말하는 차량에는 이륜자동차(오토바이, 원동기장치 자전거 등)는 포함되지 않습니다.

○ **어린이보험**

- 피보험자가 만15세 미만에 사망시 사망보험금을 지급하지 아니하며, 책임준비금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

○ **실손의료비 보장**

- 이 특약은 발생 의료비 중 국민건강보험 또는 의료급여의 요양급여 중 본인부담금과 비급여 중 약관에 정한 금액을 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급하며, 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상한도로 합니다. 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

○ **배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항**

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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

주요내용요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

계약자는 계약을 청약한 날로부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 첫 회 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 경우에는 그러하지 아니하며, 전화, 우편, 컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

3. 계약취소

계약체결시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내(단체(취급)계약의 경우 계약체결일로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 아래의 경우 자필 서명을 생략할 수 있으며, 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써, 계약자보관용청약서(청약서부분)을 전달한 것으로 봅니다.

- 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
- 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는자)가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우

4. 계약의 무효(신체관련)

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

5. 계약의 무효(재물관련)

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

- 계약에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
- 계약을 맺을 때 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에

알리지 아니하였을 경우

6. 계약의 소멸(신체 관련)

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

7. 계약의 소멸(재물 관련)

사고보험금이 한번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

9. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

10. 계약전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자(보험대상자)는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)
- 2) 계약후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.
 - 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
 - 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우
- 3) 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

11. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 이 경우 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급보험금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에

대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

12. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

- 보험약관 : 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- 보험증권(보험가입증서) : 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
- 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람
- 보험수익자(보험금을 받는 자) : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
- 보험료 : 1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액
- 보험금 : 피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액
- 보험기간 : 보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- 보장개시일 : 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- 보험계약일 : 계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
- 보험가입금액 : 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
- 책임준비금 : 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
- 해지환급금 : 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004)
보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다.)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다.)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 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 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보장부분 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다.) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조 (약관교부 및 설명의무)

- ① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관

용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다.)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.
 - 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
 - 2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 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.

제4조 (계약의 무효)

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

- 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- 2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제5조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음과 같은 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알

리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

- ② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
- 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 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조 (계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조 (계약의 소멸)

- ① 한 번의 사고에 대하여 회사가 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 사망보험금 또는 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다. 다만, 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 그 때까지 회사가 적립한 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

- ③ 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망 하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제25조(중대사유로 인한 해지) 제2항의 규정을 따릅니다.

제8조 (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

< 보험나이 계산 예시 >

생년월일 : 1988년 10월 2일, 계약일 : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제9조 (제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)

- ① 회사는 계약의 청약이 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다.)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 1. 제25조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제27조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ④ 제1항 및 제2항의 보험료는 제14조(보상하는 손해)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 “보장보험료”라 합니다.)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 “적립보험료”라 합니다.)로 구성됩니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제10조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다.)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다.)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려드립니다.

제11조 (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제38조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 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 자동대출납입은 보장보험료에 한합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산된 이자를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

- ⑤ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제12조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 그 익일로 만료합니다.)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다.)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다.)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보장보험료에 대해서 예정이율+1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 제25조(계약전 알릴 의무), 제27조(알릴의무 위반의 효과) 및 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해

계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제6조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 만15세이상의 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 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 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험가입금액)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험가입금액)
3. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은

경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

- ② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호를 적용합니다.
- ③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 후유장애보험금의 지급 사유가 되지 않았던 후유장애
 - 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애
- ⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에

는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제17조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개포함), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제18조 (만기환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 방법에 따라 회사가 적립한 적립부분 책임준비금을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 적립부분 책임준비금은 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다.)에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다.)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제19조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(특별약관에 따라 적립한 금액에서 대체 납입되는 보험료가 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.)을 말합니다.

제19조 (해지환급금)

- ① 회사는 계약자가 보험료의 납입을 완료하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다.)에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다.)부터 이 보험의 보장성 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다.)로 적립한 금액을 만기환급금(특별약관에 따라 적립한 금액에서 대체 납입되는 보험료가 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.)으로 보험수익자(보험금을 받는자)에게 지급합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 시장금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 결정합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연 2.0%로 합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

< 공시이율 >
 전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우에 대비하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

< 최저보증이율 >
 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 2%일 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2%)로 부리됩니다.

제19조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이때 적립부분 순보험료에 대하여는 회사의 보장개시일부터 보험료납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연 2.0%로 합니다.

보험료 납입경과기간	이 율
1년 미만	이 보험의 공시이율 × 80%
1년 이상 ~ 2년 미만	이 보험의 공시이율 × 90%
2년 이상	이 보험의 공시이율

<보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시 >

1. 보장개시일로부터 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “이 보험의 공시이율 × 80%” 적용
2. 보장개시일로부터 1년6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “이 보험의 공시이율 × 90%” 적용
3. 보장개시일로부터 2년 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “이 보험의 공시이율” 적용

② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제21조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

< 소멸시효 >

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제22조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단서를 말합니다.) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하“계약전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

< 계약전 알릴의무 >

상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제23조 (상해보험 계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액

을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제24조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제22조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때.
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때.
 - 3. 계약체결일로부터 3년이 지났을 때
 - 4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
 - 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 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 알려 드립니다.

- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제25조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제26조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제27조 (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다.)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연

락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제28조 (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제18조(만기환급금)의 경우는 계약자로 하고, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로, 동조 제2호 및 제3호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제29조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제30조 (보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제31조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의

료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제32조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급하여 드립니다.

< 영업일 >

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

- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여 드립니다.
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대하여 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제33조 (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간은 예정이율 +1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

- ③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제34조 (보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제35조 (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에관한법률 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제36조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 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 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제37조 (분쟁의 조정)

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

제38조 (관할법원)

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

제39조 (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.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제40조 (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약에 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다.)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에

따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제42조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제43조 (예금보험기금에 의한 지급보장)

회사가 파산등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정한 바에 따라, 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기환급금이나 보험금)에 기타지급금을 합한 금액을 예금보험공사가 1인당 “최고 5천만원까지” 보호합니다.

제44조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004)
특별약관

1-1. 일반상해사망후유장해추가 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%해당액을 5년간 매년 사고발생일에 확정 지급)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 보통약관 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%해당액을 5년간 매년 사고발생일에 확정 지급)
3. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 보통약관 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액의 20%해당액을 5년간 매년 사고발생일에 확정 지급)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 보통약관 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따르며, 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사망보험금, 고도후유장해보험금 및 일반후유장해보험금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 특약에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였

을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-2. 일반상해사망고도후유장해추가 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 보통약관 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한 시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호를 적용합니다.
- ③ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급 사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑨ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

다.

1-3. 일반상해수발보상자금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%해당액을 5년간 매년 사고발생일에 일반상해수발보상자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 확정 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 일반상해수발보상자금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-4. 일반상해소득보상자금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%해당액을 5년간 매년 사고발생일에 일반상해소득보상자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 확정 지급합니다. 다만, 80%이상 후유장해 사고에 대하여는 최초 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다

만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급 사유가 되지 않았던 후유장해
 - 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 일반상해소득보상자금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 특약에 따라 후유장해지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해로 일반상해소득보상자금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.
- ② 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제3항 및 제3항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

다.

1-5. 신주말일반상해사망후유장해 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 신주말에 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 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중 신주말에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
3. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중 신주말에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조 (신주말의 정의)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “신주말”이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 및 근로자의 날을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 보통약관 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 특약에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때

로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-6. 교통상해사망후유장해(운전자) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 교통상해(보험기간 중 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “교통상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
3. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 교통상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조 (교통사고 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다.)
 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다.)
 3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다.)
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “기타교통수단”라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다.)

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 특약에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-7. 교통상해사망후유장해(비운전자) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 비운전중 교통상해(보험기간 중 비운전중 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “비운전중 교통상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 비운전중 교통상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
3. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 비운전중 교통상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조 (비운전중 교통사고 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “비운전중 교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다.)
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다.)
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “기타교통수단”라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다.)

④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 특약에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-8. 대중교통상해사망후유장해 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 대중교통상해(보험기간 중 대중교통수단을 이용하던 중 교통사고(이하 “대중교통이용중 교통사고”라 합니다.)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “대중교통상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 대중교통상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
3. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 대중교통상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조 (대중교통이용중 교통사고 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “대중교통이용중 교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승중 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기중 일어난 교통사고
- ② 제1항에서 “대중교통수단”이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 특약에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
- ② 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 제2항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-9. 상해입원급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 이 특약에 따라 사고일부터 180일 이내의 입원에 한하여 입원일수 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 상해입원급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해입원급여금을 계속 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주 및 무면허상태에서 운전하던 중 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는

보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-10. 상해간병비 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.) 등에 61일 이상 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 하나의 상해 사고에 대해 입원기간에 따라 아래의 금액을 상해간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	금 액
입원 61일째	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
입원 121일째	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 추가지급
입원 181일째	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 추가지급

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해간병비를 보상하여 드립니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해간병비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-11. 중대한 특정상해수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 받은 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중대한 특정상해수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술급여금 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술급여금만을 지급합니다.

제2조 (“개두·개흉·개복” 수술 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 기질적 손상([별표2] “중대한 특정상해 분류표” 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상([별표2] “중대한 특정상해 분류표” 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 아니합니다.
 1. “개두(開頭)수술”이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. “개흉(開胸)수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 3. “개복(開腹)수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제2조 제3항에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조

치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 중대한 특정상해수술급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-12. 골절(치아파절제외)진단위로금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 직접적인 결과로 [별표3] “골절(치아파절제외)분류표”에서 정한 골절(치아파절제외)로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 지급합니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-13. 화상진단위로금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해를 입고 그 직접적인 결과로 [별표4] “화상 분류표”에 정한 화상으로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 화상진단위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (화상의 정의)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “화상”이라 함은 [별표4] “화상 분류표”에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에만하여 지급합니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-14. 상해흉터성형수술비 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 “안면부”, “상지”, “하지”에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.)을 받은 경우에는 이 특약에 따라 아래의 금액을 상해흉터성형수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	안 면 부	상 지 · 하 지
지급금액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 함

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “안면부”, “상지”, “하지”라 함은 다음을 말합니다.
 1. “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
 2. “상지”란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
 3. “하지”란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-15. 자동차사고부상위로금(운전자) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 교통상해(보험기간 중 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “교통상해”라 합니다)의 직접적인 결과로써 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보험금을 지급받은 경우, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해등급에 따라 [별표22] “자동차사고부상 등급표”에 정한 자동차사고부상위로금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

제2조 (교통사고 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 “자동차 운전중 교통사고”라 합니다.)
 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다.)
 3. 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다.)
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-16. 자동차사고부상위로금(비운전자) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 비운전중교통상해(보험기간 중 비운전중 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “비운전중교통상해”라 합니다)의 직접적인 결과로써 자동차보험(공제계약을 포함합니다)에서 보험금을 지급받은 경우, 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해등급에 따라 [별표22] “자동차사고부상 등급표”에 정한 자동차사고부상위로금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

제2조 (비운전중 교통사고 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “비운전중 교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “탑승중 교통사고”라 합니다.)
 2. 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다.)
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-1. 질병사망 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병([별표5] “질병 분류표” 참조)으로 인하여 사망하였을 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년을 경과하는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 제1항 내지 제3항을 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 질병사망보험금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-2. 질병사망고도후유장해 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 이 특별약관(이하 “특별약관”은 “특약”이라 합니다.)에 따라 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험기간(이하 “이 특약의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병([별표5] “질병 분류표” 참조)으로 사망한 경우 : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접결과로써 장애분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호 및 제1항의 장애지급률이 질병의 진단확정일(이하“사고일”이라 합니다.)로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 사고일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 사고일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 질병으로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 위 1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못한 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑪ 제10항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑫ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 사망보험금 또는 고도후유장해보험금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-3. 질병사망고도후유장해추가 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 이 특별약관(이하 “특별약관”은 “특약”이라 합니다.)에 따라 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험기간(이하 “이 특약의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병([별표5] “질병 분류표” 참조)으로 사망한 경우(상해로 인한 사망은 제외합니다.) : 사망보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%해당액을 5년간 매년 사고발생일에 확정 지급)
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접결과로써 장애분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 각 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%해당액을 5년간 매년 사고발생일에 확정 지급)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호 및 제1항의 장애지급률이 질병의 진단확정일(이하“사고일”이라 합니다.)로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 사고일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 사고일로부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 질병으로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 위 1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못한 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑪ 제10항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑫ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑬ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사망보험금 및 고도후유장해보험금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 사망보험금 또는 고도후유장해보험금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-4. 암진단급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특약에 따라 아래의 금액을 5년간 매년 사고발생일에 진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 확정 지급합니다.

구 분	금 액
기타피부암/갑상샘암 이외의 암 진단확정시 (암진단급여금)	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
기타피부암 진단확정시 (기타피부암진단급여금)	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 4% 해당액
갑상샘암 진단확정시 (갑상샘암진단급여금)	
상피내암 진단확정시 (상피내암진단급여금)	
경계성종양 진단확정시 (경계성종양진단급여금)	

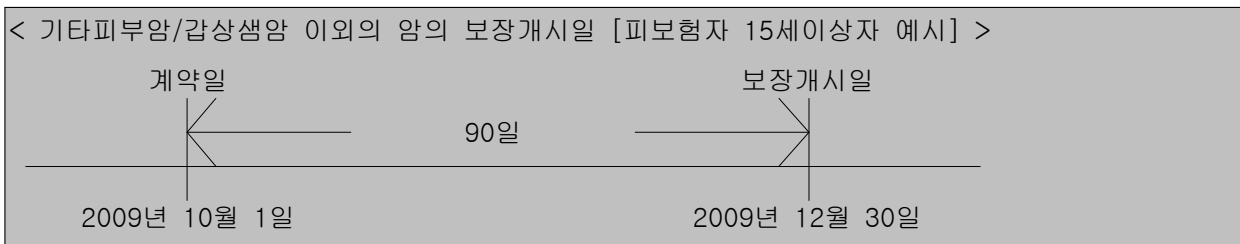
다만, “기타피부암/갑상샘암 이외의 암” 진단 확정 후 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”으로 진단 확정시에는 암진단급여금 이외의 진단급여금은 지급하지 아니합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병”의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “암등의 질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 확정된 “암등의 질병”이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) “암등의 질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계

약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세미만인 경우는 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)
 - 2. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세이상인 경우는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
- ⑥ 이 특약에서 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.
- ⑦ 제5항 내지 제6항의 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단급여금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 무효)

보통약관 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일부턴 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 암진단급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제1조(계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

제7조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표 6] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.
- ③ 이 특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 암으로 분류되는 질병

([별표7] “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표8] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ “암등의 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-5. 암진단·검진급여금(갱신형) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

구 분	금 액
기타피부암/갑상샘암 이외의 암 진단확정시 (암진단급여금)	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
기타피부암 진단확정시 (기타피부암진단급여금)	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
갑상샘암 진단확정시 (갑상샘암진단급여금)	
상피내암 진단확정시 (상피내암진단급여금)	
경계성종양 진단확정시 (경계성종양진단급여금)	

다만, “기타피부암/갑상샘암 이외의 암” 진단 확정 후 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암”, “경계성종양”으로 진단 확정시에는 암진단급여금 이외의 진단급여금은 지급하지 아니합니다.

- ② 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때까지 제1항에서 정한 암진단급여금 지급사유가 발생하지 아니한 경우에는 계약체결시점(갱신계약의 경우에는 갱신시점)의 피보험자(보험대상자) 나이에 따라 아래의 금액을 암검진급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 갱신계약의 보험기간이 3년 미만인 경우에는 지급하지 아니합니다.

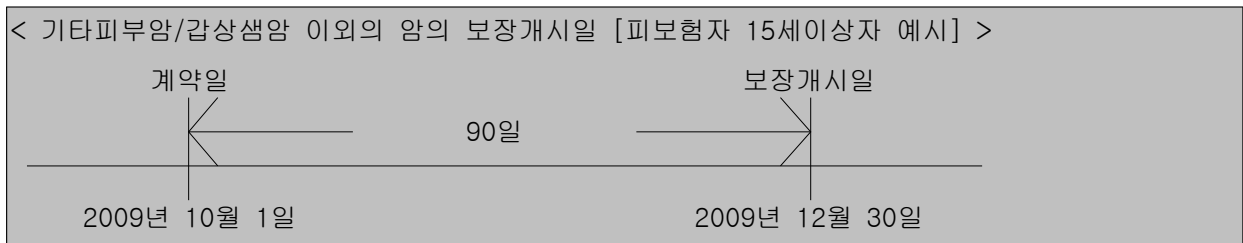
구 분	금 액
15세 미만	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 0.5%
15세 이상 27세 미만	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 1.0%
27세 이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 2.0%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 “암등의 질병”의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “암등의 질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니

다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 확정된 "암등의 질병"이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) "암등의 질병"으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 이 특약에서 "기타피부암/갑상샘암 이외의 암"에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세미만인 경우는 보험계약일(이하 "계약일"이라 합니다.)
 2. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세이상인 경우는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
- ⑥ 이 특약에서 "기타피부암", "갑상샘암", "상피내암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.
- ⑦ 제5항 내지 제6항의 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항에도 불구하고 제8조(특약의 갱신 및 보험기간) 제1항에 따라 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다.)의 경우에는 "기타피부암/갑상샘암 이외의 암", "기타피부암", "갑상샘암", "상피내암" 및 "경계성종양"의 갱신일을 보장개시일로 합니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 무효)

보통약관 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일부부터 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 암진단급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제1조(계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

제7조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표

6] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.
- ③ 이 특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 암으로 분류되는 질병 ([별표7] “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표8] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ “암등의 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (특약의 갱신 및 보험기간)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도 의사표시가 없을 때에는 이 특약은 자동으로 갱신되는 것으로 하며, 갱신시점의 변경된 보험료를 적용합니다.
- ② 이 특약의 보험기간은 3년으로 하며, 제1항에 따른 갱신시에 보통약관의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다. 다만, 보통약관의 보험기간이 100세만기인 경우에는 보험나이 80세 계약해당일 이내에서 갱신가능하며, 80세까지의 잔여보험기간이 3년미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에 의하여 이 특약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 않습니다.

제9조 (자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신

계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.

제10조 (갱신평약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신평약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입유예기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다.)으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신평약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제11조 (보험료의 대체납입)

- ① 계약자는 보험기간 중 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 특약의 보험료를 납입합니다.
- ② 계약자는 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 전액 총당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.

제12조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

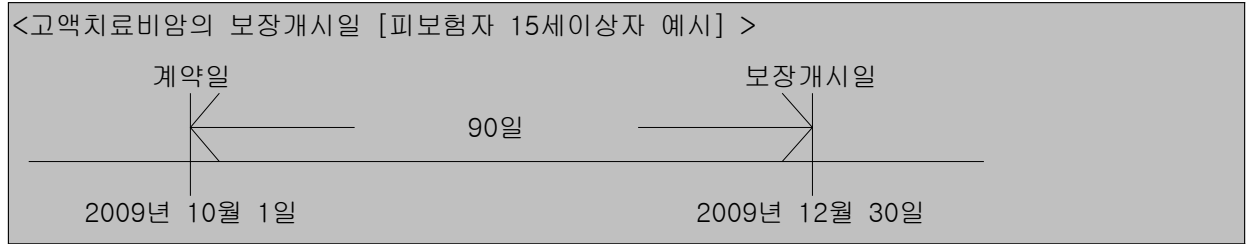
2-6. 고액치료비암진단급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 “고액치료비암에 대한 보장개시일” 이후에 고액치료비암으로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 고액치료비암진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 고액치료비암의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 고액치료비암으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 고액치료비암진단급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 고액치료비암이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 고액치료비암으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “고액치료비암에 대한 보장개시일”은 피보험자(보험대상자) 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세미만인 경우는 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)
 2. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세이상인 경우는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
- ⑥ 제5항의 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 무효)

보통약관 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일부터 고액치료비암에 대한 보장개시일 전일 이전에 고액치료비암으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 고액치료비암진단급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해지

환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제1조(계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

제7조 (고액치료비암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “고액치료비암”이라 함은 [별표9] “고액치료비암”에서 정하는 “식도의 악성신생물(암)”, “췌장(이자)의 악성신생물(암)”, “뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)”, “뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)”, “림프/조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)”을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 고액치료비암에 대한 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

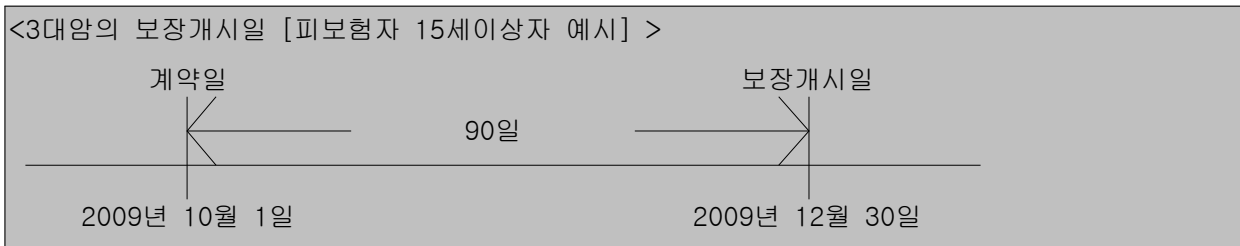
2-7. 3대암진단급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 “3대암에 대한 보장개시일” 이후에 3대암으로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 3대암진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 3대암의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 3대암으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 3대암진단급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 3대암이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 3대암으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “3대암에 대한 보장개시일”은 피보험자(보험대상자) 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세미만인 경우는 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)
 2. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세이상인 경우는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
- ⑥ 제5항의 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 무효)

보통약관 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일부터 3대암에 대한 보장개시일 전일 이전에 3대암으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 3대암진단급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제1조(계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

제7조 (3대암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “3대암”이라 함은 [별표10] “3대암분류표”에서 정하는 “위의 악성신생물(암)”, “간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물(암)”, “쓸개(담낭)의 악성신생물(암)”, “기타 및 상세불명 담도부위의 악성신생물(암)”, “기관의 악성신생물(암)”, “기관지 및 폐의 악성신생물(암)”을 말합니다. 다만, 전암병소 (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 3대암에 대한 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-8. 뇌출혈진단급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
뇌출혈진단급여금	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌출혈의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 뇌출혈로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌출혈진단급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 뇌출혈이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 (계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 뇌출혈로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관 (이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 뇌출혈진단급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여

보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 한국표준질병 사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병([별표 11] “뇌출혈 분류표” 참조)을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-9. 급성심근경색증진단급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 진단급여금	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 급성심근경색증의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한 합니다.)”에 해당하는 급성심근경색증으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 급성심근경색증진단급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 급성심근경색증이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나 는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 급성심근경색증으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관 (이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 급성심근경색증진단급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병([별표12] “급성심근경색증 분류표” 참조)을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에만하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-10. 항암방사선약물치료급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 제8조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 이 특약에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 항암방사선약물치료급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	금 액
기타피부암/갑상샘암 이외의 암	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
기타피부암	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
갑상샘암	

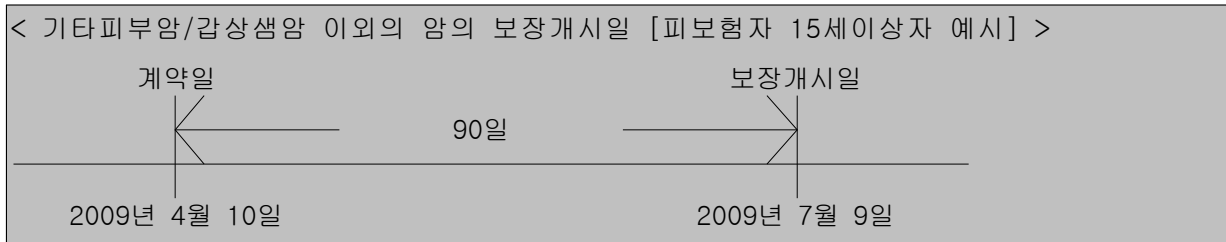
- ② 제1항에도 불구하고 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 항암방사선약물치료를 받은 후 “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암” 이외의 항암방사선약물치료급여금은 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 암으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 항암방사선약물치료급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 암이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세미만인 경우는 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)
2. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세이상인 경우는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

- ⑥ 이 특약에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.
- ⑦ 제6항 내지 제7항의 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일부 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 인한 항암방사선약물치료급여금을 지급하였거나, 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고

의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제1조(계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무) 및 보통약관 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

제7조 (암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표 6] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.
- ③ 암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (항암방사선·약물치료의 정의)

이 특약에서 “항암방사선·약물치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)

하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다.) 또는 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다.)을 말합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제20조(만기환금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-11. 중대한 재생불량성빈혈진단급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 “중대한 재생불량성빈혈”로 진단 확정되는 경우에는 이 특약에 따라 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 중대한 재생불량성빈혈진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
중대한 재생불량성빈혈 진단급여금	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중대한재생불량성빈혈의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 중대한재생불량성빈혈으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중대한재생불량성빈혈진단급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 중대한재생불량성빈혈이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 중대한재생불량성빈혈으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 중대한재생불량성빈혈진단급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (중대한 재생불량성빈혈의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “중대한 재생불량성빈혈”이라 함은 “영구적인 재생불량성빈혈”로서 피보험자(보험대상자)가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.
- ② 제1항의 “영구적인 재생불량성빈혈”이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 200/mm³ 미만이거나, 또는 골수세포총실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
 - 1. 호중구 수가 500/mm³ 미만
 - 2. 혈소판 수가 20,000/mm³ 미만
 - 3. 망상적혈구 수가 20,000/mm³ 미만
- ③ 단, 일시적이거나 회복이 가능한 “재생불량성빈혈”은 보장에서 제외됩니다.
- ④ “중대한 재생불량성빈혈”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중대한 재생불량성빈혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-12. 질병입원급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 최고 180일을 한도로 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 질병입원급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 ‘계약전 일련의무(중요한 사항에 한합니다.)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 보장하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 뇌질환
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-13. 질병간병비 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에 61일 이상 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 입원기간에 따라 아래에 정한 금액을 질병간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	금 액
입원 61일째	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
입원 121일째	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 추가지급
입원 181일째	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 추가지급

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병간병비를 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프퍼펙트종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병간병비를 보상하여 드립니다.

- ⑥ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병 간병비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 뇌질환
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-14. 암입원급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

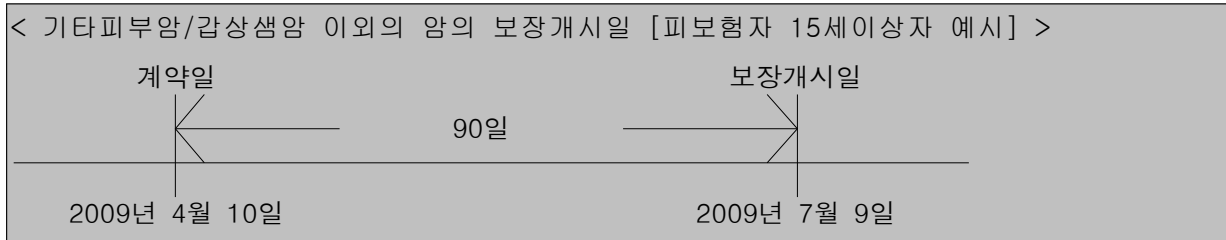
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항 및 제10항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 제8조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우, 4일 이상 계속입원시 각각의 질병에 대하여 3일 초과 입원일수 1일당 아래의 금액을 암입원급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	금 액
기타피부암/갑상샘암 이외의 암	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
기타피부암	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
갑상샘암	
상피내암	
경계성종양	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “암등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “암등의 질병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한 합니다)에 해당하는 “암등의 질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암입원급여금을 지급하지 아니합니다.

- ⑥ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 암등의 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑦ 제6항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관 (이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑨ 이 특약에서 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세미만인 경우는 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)
 2. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세이상인 경우는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
- ⑩ 이 특약에서 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.
- ⑪ 제9항 내지 제10항의 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 무효)

보통약관 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일로부터 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제1조(계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

제7조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표 6] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.
- ③ 이 특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 암으로 분류되는 질병

([별표7] “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표8] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ “암등의 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (입원의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 “암등의 질병”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “암등의 질병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “암등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암등의 질병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암등의 질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “암등의 질병”으로 진단된 경우에는 이는 “암등의 질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “암등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “암등의 질병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-15. 4대성인병입원급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “4대성인병”으로 진단 확정되고, 그 “4대성인병”의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 최고 지급일수 120일을 한도로 3일 초과 입원일수 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 4대성인병입원급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 4대성인병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 4대성인병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 4대성인병입원급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 4대성인병이라 하더라도 보험청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 4대성인병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “4대성인병”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “4대성인병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “4대성인병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 4대성인병입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.

- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (4대성인병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “4대성인병”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 “4대성인병”으로 분류되는 질병으로 [별표23] “4대성인병 분류표”에서 정하는 “심질환”, “뇌혈관질환”, “만성호흡기질환” 및 “간질환”을 말합니다.
- ② “4대성인병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (입원의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 “4대성인병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “4대성인병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “4대성인병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “4대성인병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “4대성인병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는

경우에만 “4대성인병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “4대성인병”으로 진단된 경우에는 이는 “4대성인병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “4대성인병”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “4대성인병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-16. 정신 및 행동장애입원위로금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 “정신 및 행동장애”로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 제6조(입원의 정의 및 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 4일 이상 계속입원 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 정신 및 행동장애입원위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “정신 및 행동장애”의 경우 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “정신 및 행동장애”로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “정신 및 행동장애”라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) “정신 및 행동장애”로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “정신 및 행동장애”의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “정신 및 행동장애”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 정신 및 행동장애 입원위로금을 보상하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는

정신 및 행동장애위로금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (정신 및 행동장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “정신 및 행동장애”라 함은 제5차 한국표준질병사인분류표에 있어서 “정신 및 행동장애”로 분류되는 질병([별표13] “정신 및 행동장애 분류표”)을 말합니다.
- ② “정신 및 행동장애”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (입원의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 “정신 및 행동장애”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “정신 및 행동장애의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “정신 및 행동장애”로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “정신 및 행동장애”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “정신 및 행동장애”를 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “정신 및 행동장애”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “정신 및 행동장애”로 진단된 경우에는 이는 “정신

및 행동장애”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “정신 및 행동장애”로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “정신 및 행동장애”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-17. 만성당뇨합병증치료급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “만성당뇨합병증”으로 진단 확정된 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 만성당뇨합병증치료급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 만성당뇨합병증의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 만성당뇨합병증치료급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 만성당뇨합병증이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 만성당뇨합병증으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “만성당뇨합병증”이라 함은 [별표21] “만성당뇨합병증 분류표”에서 정하는 질병을 말합니다.
- ⑥ “만성당뇨합병증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자(보험대상자)가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.
 1. 당뇨병성 망막증: 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
 2. 당뇨병성 신증: 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질이 500mg 이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)

3. 당뇨병성 신경병증: 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
4. 당뇨병성 말초순환장애: 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사는 이 특약에 따라 만성당뇨합병증치료급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-18. 암수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”, “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다.)으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 제8조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우, 각각의 질병에 대하여 수술 1회당 아래의 금액을 수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	금 액
기타피부암/갑상샘암 이외의 암	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
기타피부암	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
갑상샘암	
상피내암	
경계성종양	

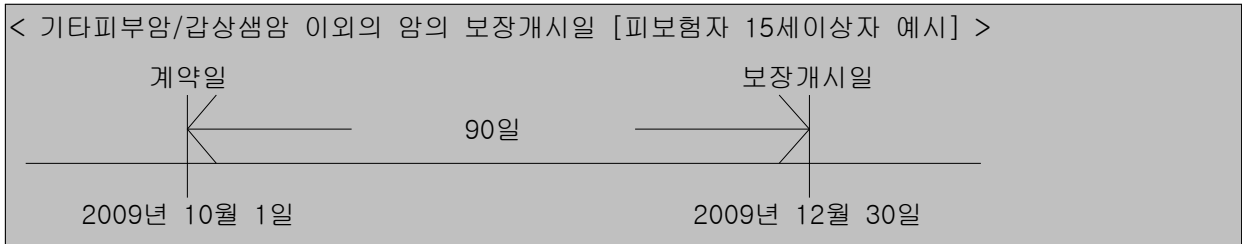
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 "암등의 질병"의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 "암등의 질병"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암수술급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 "암등의 질병"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 "암등의 질병"으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세미만인 경우는 보험계약일(이하 “계약일”이라 합니다.)

2. 피보험자(보험대상자)의 나이가 15세이상인 경우는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

⑥ 이 특약에서 “기타피부암”, “갑상샘암”, “상피내암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 피보험자(보험대상자)의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

⑦ 제5항 내지 제6항의 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 무효)

보통약관 제4조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일부터 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”에 대한 보장개시일 전일 이전에 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조 (특약의 소멸)

① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제6조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제1조(계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무) 및 보통약관 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항의 “보장개시일”을 다시 적용합니다.

제7조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병([별표 6] “악성신생물(암) 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상샘암”이라 함은 제1항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제1항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상샘암”을 제외한 암을 “기타피부암/갑상샘암 이외의 암”이라 합니다.
- ③ 이 특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 암으로 분류되는 질병([별표7] “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표8] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ “암등의 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-19. 조혈모세포이식수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 수혜자로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 “조혈모세포이식”을 받았을 때 최초 1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 조혈모세포이식수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (조혈모세포이식의 정의)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “조혈모세포이식”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 기술로서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 기술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 기술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 조혈모세포이식수술급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-20. 총수염(맹장염)수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 “총수염(맹장염)”으로 진단 이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 때에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 총수염(맹장염)수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제3조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 총수염(맹장염)수술급여금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제4조 (총수염(맹장염)의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “총수염(맹장염)”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 “총수염(맹장염)”으로 분류되는 질병([별표15] “총수염(맹장염) 분류표” 참조)을 말합니다.
- ② “총수염(맹장염)”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 “총수염(맹장염)”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 “총수염(맹장염)”의 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-21. 7대질병수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “7대질병”으로 진단이 확정되고, 그 “7대질병”의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 이 특약에 따라 수술 1회당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 7대질병수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “7대질병”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “7대질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 7대질병수술급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “7대질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “7대질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

다.

- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (7대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “7대질병”이라 함은 [별표16] “7대질병 분류표”에서 정하는 “심장질환”, “뇌혈관질환”, “간질환”, “고혈압”, “당뇨병”, “만성하기도질환”, “위궤양 및 십이지장궤양”을 말합니다.
- ② 제1항의 “7대질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원 등에 의사에 의하여 “7대질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 “7대질병”의 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 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단 (NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-22. 여성만성질병수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “여성만성질병”으로 진단이 확정되고, 그 “여성만성질병”의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 이 특약에 따라 수술 1회당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 여성만성질병수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “여성만성질병”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “여성만성질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 여성만성질병수술급여금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “여성만성질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “여성만성질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

다.

- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (여성만성질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “여성만성질병”이라 함은 [별표17] “여성만성질병 분류표”에서 정하는 “골다공증”, “관절염”을 말합니다.
- ② 제1항의 “여성만성질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원 등에 의사에 의하여 “여성만성질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리하에 “여성만성질병”의 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 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단 (NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

2-23. 특정전염병위로금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 전염병예방법 제2조에서 규정하고 있는 법정전염병 중 [별표18]“특정전염병 분류표”에서 정한 전염병에 감염되어 전염병환자로 진단 받아 치료를 받은 경우에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 특정전염병위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (전염병 진단의 정의)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “전염병환자로 진단”이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가 전염병예방법 제4조 제2항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령이 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 된 것을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

3-1. 5대장기이식수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 장기수혜자로서 “5대장기이식수술”을 받았을 때에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 5대장기이식수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “5대장기”라 함은 “간장”, “신장”, “심장”, “췌장” 및 “폐장”을 말하며, “5대장기이식수술”이라 함은 “장기 등 이식에 관한 법률”에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자(보험대상자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑계르한스 소도세포 이식수술은 “5대장기이식수술”로 보지 않습니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 5대장기이식수술급여금을 지급하였거나 보통약관 제8조(손해보상 후의 계약) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

3-2. 인공관절수술급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다) 또는 진단 확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 인공관절수술을 받은 경우에는 이 특약에 따라 수술 1회당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 인공관절수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 인공관절수술이란 아래에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎 관절) 또는 견관절(어깨 관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 “인공관절”이라 합니다.)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 “인공관절치환술”을 받은 경우
 2. 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두(특수 소재를 사용한 인공적 골두로 이하 “인공골두”이라 합니다.)를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 “인공골두삽입술”을 받은 경우
- ② 제1항에서 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다.) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는

사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

3-3. 깁스치료급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)에 입은 상해 또는 진단 확정된 질병으로 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 이 특약에 따라 치료 1회당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 깁스치료급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “깁스치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ③ 제2항에서 “부목치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받

는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

4-1. 중증치매간병비 보장 특별약관

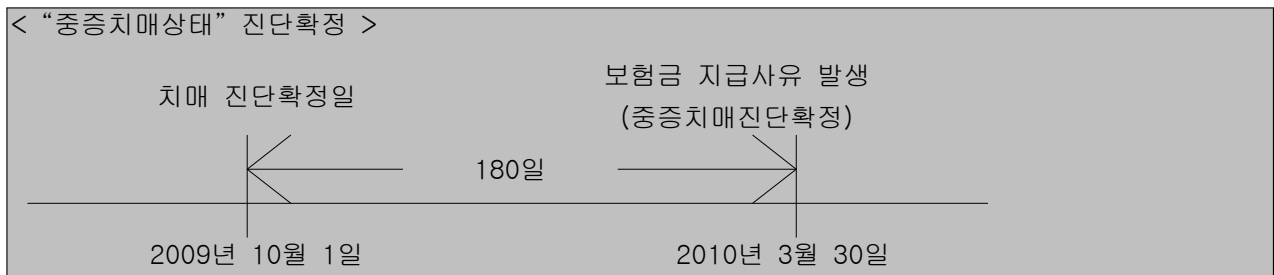
제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “중증치매상태”로 진단 확정되었을 경우에는 이 특약에 따라 최초 1회에 한하여 중증치매상태 진단 확정된 날을 기준으로 아래와 같이 중증치매간병비를 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	금 액
중증치매간병비	매년 중증치매간병비 지급사유 발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%씩 5년간 확정 지급

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 제5조(중증치매상태의 정의 및 진단 확정)에서 정한 치매로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 인지기능장애가 지속되어 최초로 중증치매상태로 진단 확정된 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.
- 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중증치매간병비는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 아래의 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 드리지 아니합니다.

- 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
- 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 중증치매간병비를 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (중증치매상태의 정의 및 진단 확정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “중증치매상태”라 함은 피보험자(보험대상자)가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 [별표19] “치매 분류표”에서 정한 치매로 확정되고, 이로 인하여 「인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「인지기능의 장애」라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K, 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 180일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
 - 1. 한국형 간이인지기능검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.
 - 2. CDR척도(2001년)는 치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
- ③ “중증치매상태”의 발생시의 진단은 피보험자(보험대상자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.
- ④ “중증치매상태”의 진단확정은 의료법」 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

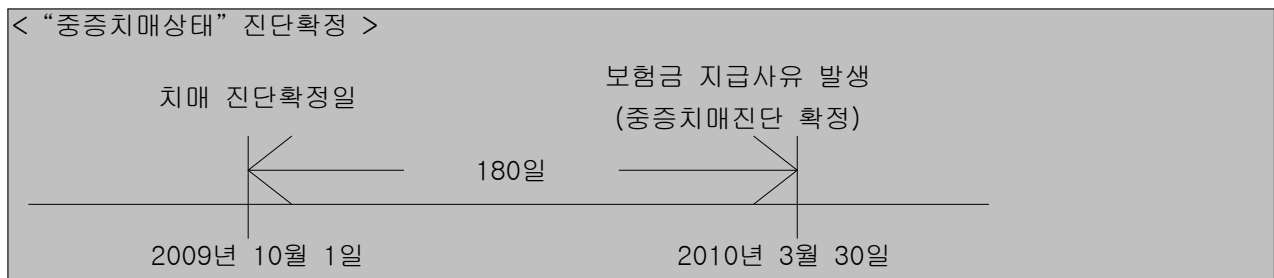
4-2. 중증치매간병비 II 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “중증치매상태”로 진단 확정되고 그 날을 포함하여 90일 이상 “중증치매상태”가 계속되었을 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증치매간병비 II로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

회사는 제5조(중증치매상태의 정의 및 진단 확정)에서 정한 치매로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 인지기능장애가 지속되어 최초로 중증치매상태로 진단 확정된 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 아래의 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조 (특약의 소멸)

① 회사가 이 특약에 따라 중증치매간병비 II를 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는

사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (중증치매상태의 정의 및 진단 확정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “중증치매상태”라 함은 피보험자(보험대상자)가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 [별표19] “치매 분류표”에서 정한 치매로 확정되고, 이로 인하여 「인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「인지기능의 장애」라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K, 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 180일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
 1. 한국형 간이인지기능검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.
 2. CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
- ③ “중증치매상태”의 발생시의 진단은 피보험자(보험대상자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.
- ④ “중증치매상태”의 진단확정은 의료법」 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

4-3. 활동불능간병비 보장 특별약관

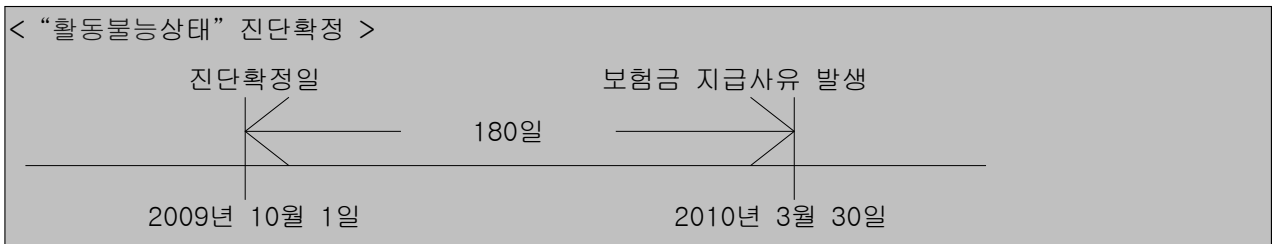
제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “활동불능상태”로 진단 확정되고 그 날을 포함하여 180일 이상 “활동불능상태”가 계속되었을 경우에는 이 특약에 따라 최초 1회에 한하여 활동불능상태 진단 확정후 180일째 되는 날을 기준으로 아래와 같이 활동불능간병비를 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구 분	금 액
활동불능간병비	매년 활동불능간병비 지급사유 발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액의 20%해당액을 5년간 확정 지급

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 “활동불능상태”로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 “활동불능상태”로 진단 확정된 날을 포함하여 180일 이상 “활동불능상태”가 최초로 계속되었을 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 활동불능간병비는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.



제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 아래의 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 활동불능간병비를 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (활동불능상태의 정의 및 진단 확정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “활동불능상태”라 함은 질병이나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)적 부상으로 종일 누워있으면서 다음 제1호를 포함하고 제2호의 ㉠~㉥중 어느 하나에 해당하는 상태를 말합니다.
 - 1. 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 [별표20] “일상생활동작장해 분류표”의 제1항(보행을 스스로 할 수 없음)에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
 - 2. 다음의 ㉠~㉥중 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 항상 타인의 간병이 필요한 경우
 - ㉠ [별표20] 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
 - ㉡ [별표20] 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
 - ㉢ [별표20] 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
 - ㉣ [별표20] 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
- ② 제1항의 “활동불능상태”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

4-4. 치매입원급여금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “치매”로 진단 확정되고, 그 “치매”의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 제6조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 이 특약에 따라 최고 180일을 한도로 3일초과 입원일수 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 치매입원급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “치매”의 경우 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “치매”로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 치매라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 치매로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제12조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “치매”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “치매”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “치매”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 치매입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 치매입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이 특약이나 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (치매의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “치매”라 함은 [별표19] “치매 분류표”에 정한 “알츠하이머병에서의 치매”, “혈관성치매”, “달리 분류된 기타 질환에서의 치매”, “상세불명의 치매”, “치매에 병발된 치매”를 말합니다.
- ② “치매”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (입원의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 “치매”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “치매의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “치매”로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “치매”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “치매”를 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “치매”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “치매”로 진단된 경우에는 이는 “치매”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “치매”로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “치매”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

5-1. 벌금 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.)을 이 특약에 따라 1사고당 2,000만원 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약(공제를 포함합니다.)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함합니다.)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 특약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-2. 방어비용 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 경찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다.)된 경우에는 이 특약에 따라 1사고당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 방어비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망

하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-3. 방어비용(약식기소제외) 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되게 되는 경우에는 1사고당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자나 검사가 법원의 약식명령에 불복하여 정식 재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-4. 면허정지위로금 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 이 특약에 따라 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 정지기간 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 면허정지위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지위로금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에서 “면허정지기간”이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경 받았거나 감경 받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경 받았거나 감경 받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경 받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회확인서를 제출할 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-5. 면허취소위로금 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 면허취소위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주차차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및

책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-6. 교통사고처리지원금(동승자포함) 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 “피해자”라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다.)을 교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표21] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

④ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

⑤ 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

⑥ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보상하는 손해) 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑧ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
- 5.. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<용어풀이>

「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 손해
6. 자가용의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =
$\text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-7. 중상해 교통사고처리지원금(동승자포함) 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 일반교통사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 “피해자”라 합니다.)에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다.)을 중상해교통사고처리지원금으로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 중상해교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.
- ③ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표21] 참조) 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.
- ④ 제3항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.
- ⑤ 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ⑥ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주차차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑧ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
 3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
 5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

<용어풀이>

「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 손해
6. 자가용의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

- ① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-8. 긴급비용 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 피보험자(보험대상자)가 운전하는 자가용 자동차가 가동불능 상태가 되었을 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 긴급비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 발생한 손해
4. 차량의 자체결함, 노후화, 정비불량에 기인하는 가동불능
5. 피보험자(보험대상자)의 운전회피
6. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-9. 안심지원금 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중 자가용자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인이나 자기의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 의사의 치료를 요하는 상해를 야기하였거나 타인의 재물에 손상을 입히는 사고를 야기하며 손해가 발생하였을 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 안심지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 의사의 치료를 요하는 상해란 의사에 의한 치료, 처치를 말하며 자동차보험 대인배상 I의 타인의 신체상해손해 또는 종합보험 자기신체상해손해의 보상이 되었던 상해를 말합니다. 또한 타인의 재물에 손상을 입히는 사고란 종합보험 대물배상의 보상이 되었던 손해를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다.)을 따릅니다.

5-10. 노약자피해보상위로금 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 어린이 또는 고령자의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 상해를 입혀 사고의 직접적인 결과로 사고일로부터 180일 이내에 31일이상 진료(통원 및 입원)를 받게 하였을 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 노약자피해보상위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 어린이라 함은 사고당시 나이가 만 16세 미만인 자를 말하며, 고령자라 함은 사고당시 나이가 만 60세 이상인 자를 말합니다.
- ③ 제1항에서 말하는 상해란 자동차보험의 대인배상 I (책임보험)의 타인의 신체상해손해의 보상이 되었던 상해를 말합니다.
- ④ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ⑤ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라함은 도로여부, 추정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-11. 자기차량전부손해위로금 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자가 소유한 자가용자동차(보험증권(보험가입증서)에 기재된 자동차에 한합니다)가 전부손해(사고발생시 차량가액 기준)가 발생한 경우 또는 자가용자동차를 도난당하여 도난사실을 경찰관서에 신고한 후 30일이 지난 때에도 이를 찾지 못한 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 자기차량전부손해위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 전부손해라 함은 피보험자(보험대상자)자동차가 완전히 파손·없어짐 또는 망가져서 수리할 수 없는 상태이거나, 수리할 경우의 수리비용이 차량가액을 초과하는 경우를 말합니다.
- ③ 제2항의 차량가액이라 함은 매년 자동차보험 가입시점에 또는 사고발생 당시 적용되는 보험개발원이 발행하는 자동차보험 차량기준가액표상의 차량기준가액을 말합니다. 단, 차량기준가액이 없거나 이와 다른 가액으로 보험계약을 맺었을 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 가액이 손해가 발생한 장소와 시간의 가액을 현저하게 초과할 때에는 그 손해가 발생한 장소와 시간의 가액을 보험가액으로 합니다.
- ④ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ⑤ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

5-12. 자기차량부분손해(100만원이상)위로금보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 자가용자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자가 소유한 자가용자동차(보험증권(보험가입증서)에 기재된 자동차에 한합니다)가 부분손해를 당하여 개인용자동차보험에서 자기차량사고로 100만원 이상의 손해(자기차량사고보상금액과 자기부담금을 합한 금액)를 보상받은 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 자기차량부분손해(100만원이상)위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 부분손해라 함은 피보험자(보험대상자)동차에 전부손해가 발생한 경우 또는 자동차를 도난당하여 도난사실을 경찰관서에 신고한 후 30일이 지난 때에도 이를 찾지 못한 경우를 제외한 손해를 말합니다.
- ③ 제2항에서 전부손해라 함은 피보험자(보험대상자)동차가 완전히 파손·없어짐 또는 망가져서 수리할 수 없는 상태이거나, 수리할 경우의 수리비용이 차량가액을 초과하는 경우를 말합니다.
- ④ 제3항의 차량가액이라 함은 매년 자동차보험 가입시점에 또는 사고발생 당시 적용되는 보험개발원이 발행하는 자동차보험 차량기준가액표상의 차량기준가액을 말합니다. 단, 차량기준가액이 없거나 이와 다른 가액으로 보험계약을 맺었을 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 가액이 손해가 발생한 장소와 시간의 가액을 현저하게 초과할 때에는 그 손해가 발생한 장소와 시간의 가액을 보험가액으로 합니다.
- ⑤ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
- ⑥ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제15조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를

일으킨 때

3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

6-1. 강력범죄위로금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 일상생활 중 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 피해가 발생하였을 경우 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 강력범죄위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
1. 형법 제24장에서 정하는 살인죄
 2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
 3. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
 4. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
 5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 경우는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
4. 피보험자(보험대상자)가 범죄행위를 하던 중 또는 폭처법 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
5. 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

<용어풀이>

“고용관계”라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다.)을 따릅니다.

6-2. 유괴·납치·인질위로금 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 타인에 의해 유괴, 납치 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류 해제되지 않은 경우 이 특약에 따라 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자(보험대상자)가 구출 또는 억류해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 최고 90일을 한도로 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 유괴·납치·인질위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “억류상태”라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.
 1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
 2. 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨두는 것을 말합니다.
 3. 위 1.의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고·접수한 시점에서 1년이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하지 아니합니다.

제2조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제3조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함

니다.)을 따릅니다.

6-3. 폭력피해위로금 보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 일상생활 중 다음 각 호에서 정하는 범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 폭력피해위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

1. 형법 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제38장에서 말하는 강도죄
3. 폭력행위등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력등의 죄

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제3호 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에 한합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
4. 피보험자(보험대상자)가 범죄행위를 하던 중 또는 폭처법 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
5. 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

<용어풀이>

“고용관계”라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (보험금 등 청구시 구비서류)

이 특약의 보험금 등 청구시 구비서류는 보통약관 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한서류 이외에 다음의 서류도 제출하여야 합니다.

- 1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
- 2. 의사진단서

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다.)을 따릅니다.

6-4. 의료사고법률비용 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 의료법 제3조에서 정한 의료기관[병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)]에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 아니합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제4조 (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

6-5. 홀인원축하금(깔때기홀제외) 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 골프장에서 골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 최초1회에 한하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 홀인원축하금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.
- ② 제1항의 피보험자(보험대상자)라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.
- ③ 제1항의 "골프장"이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재 골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장 및 회원제골프장 또는 정규대중골프장에 부속된 18홀 미만의 대중골프장은 제외합니다.
- ④ 제1항의 "골프경기"라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반 경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 아니합니다.)과 기준타수(PAR) 35이상의 9홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 "홀인원(Hole in One)"이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 피보험자(보험대상자)가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인을 포함합니다.)인 경우에 그 피보험자(보험대상자)가 경영하는 또는 고용하고 있는 골프장에서 행한 홀인원
- ② 피보험자(보험대상자)가 깔때기 홀(그린에 볼을 올리지만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다.)에서 행한 홀인원

제3조 (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(홀인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야

합니다.))

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조 (특약의 소멸)

- ① 회사가 이 특약에 따라 휴원축하금을 지급하였거나 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외함)을 따릅니다.

6-6. 골프용품손해 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 이외의 부속시설을 포함합니다.) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다.) 중 생긴 아래의 손해를 이 특약에 따라 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액 한도 내에서 보상하여 드립니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방, 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말합니다. 이하 같습니다.)에 생긴 화재(벼락을 포함합니다.) 및 도난 손해
2. 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 파손됨으로써 생긴 손해

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다.)의 고의
2. 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹 또는 쥐나 벌레로 인한 손해
3. 분실
4. 계약자, 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중대한 과실

제3조 (보험목적에 대한 조사)

회사는 언제든지 보험목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제4조 (타인을 위한 보험계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제5조 (특약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 보험사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제7조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제8조 (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.
- ② 회사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 “손해방지비용”이라 합니다.)은 보험에 가입한 금액(이하 “보험가입금액”이라 합니다.)의 보험목적의 가액(이하 “보험가액”이라 합니다.)에 대한 비율에 따라 제10조(지급보험금)의 지급보험금 계산방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.
- ③ 회사는 제10조(지급보험금)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

제9조 (손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제10조 (지급보험금)

- ① 회사는 보험목적인 골프용품에 제1조(보상하는 손해)에 정한 손해가 발생한 때에는 다음과 같이 보상하여 드립니다.
 - 1. 손해가 발생한 보험목적의 시가에 의해 산정한 금액을 보험가입금액을 한도로 보상
 - 2. 손해가 발생한 보험목적물 수선하게 될 때에는 보험목적물 손해발생 직전의 상태로 복구시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상
- ② 회사는 제1항에 정한 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈음할 수 있습니다.

제11조 (보험금의 분담)

- ① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제12조 (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제13조 (잔존물)

회사가 잔존물을 인수하지 아니할 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자(보험대상자)의 소유가 됩니다.

제14조 (보험금 청구권의 상실)

아래와 같은 경우에는 피보험자(보험대상자)는 손해에 대한 보험금 청구권을 잃게 됩니다.

1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 상당한 이유 없이 손해의 조사를 방해 또는 회피할 때에는 그 해당 손해

제15조 (계약후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 1. 보험목적에 대하여 이 보험과 동일한 위험을 보장하는 다른 계약을 맺을 때
 2. 보험목적에 양도할 때
 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제16조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제15조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때.
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 계약체결일로부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실

대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

- ③ 제1항에 의한 특약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제17조 (손해의 통지 및 조사)

- ① 보험목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ③ 회사가 제1항의 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자(보험대상자)의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제18조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 손해발생 통지 및 보통약관 제33조(보험금 등 청구시 구비서류)의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 20영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면통지하여 드립니다.
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가급적보험금으로 지급하여 드립니다.

다.

- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급 일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제19조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제20조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다.)을 따릅니다.

7-1. 일상생활배상책임 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 피보험자(보험대상자) 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하 “피보험자(보험대상자)”라 합니다.)가 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 피해자의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 장애에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대인 배상책임”이라 합니다.) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대물 배상책임”이라 합니다.)을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다.)를 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다.)에 기인하는 우연한 사고

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 계약자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
 3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 5. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다.) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
 2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
 3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)에 기인하는 배상책임
 4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 6. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해

에 대하여는 그러하지 아니합니다.

7. 피보험자(보험대상자)의 심신상실에 기인하는 배상책임
8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제3조 (특약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 보험사고가 발생하였을 경우 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제5조 (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피보험자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다.)
 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(번제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재, 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
 4. 손해배상책임에 관하여 피보험자(보험대상자)가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의

를 받을 일

- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제6조(지급보험금)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제6조 (지급보험금)

- ① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 - 2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자(보험대상자)가 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - 마. 피보험자(보험대상자)가 제7조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용
- ② 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.
 - 1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 - 2. 제1항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 - 3. 제1항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)내에서 보상합니다.

제7조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특약에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의

요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

- ③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제8조 (보험금의 분담)

- ① 회사는 이 특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다수의 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 특약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.)에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제9조 (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제 3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조 (타인을 위한 보험계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유

로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제11조 (계약후 알릴 의무)

- ① 특약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 특약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 제1호, 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월내에 보험료의 증액을 요구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제12조 (알릴의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제11조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때.
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 - 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 - 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 의한 특약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며,

계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려드립니다.

- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제13조 (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 - 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 - 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항 각 호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제14조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금)에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제15조 (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가 지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제16조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제17조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다.)을 따릅니다.

7-2. 자녀배상책임 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)(자녀)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 다음에 열거한 우연한 사고(이하 “사고”라 합니다)에 따라 피해자의 신체(의수, 외족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대인 배상책임”이라 합니다.) 또는 재물의 손해를 입힘으로써 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자(보험대상자)(자녀)의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임(이하 “대물 배상책임”이라 합니다.)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)(자녀)가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)(자녀)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)(자녀)의 고의
 2. 계약자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
 3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 5. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)(자녀)와 동거하는 친족에 대한 배상책임
 2. 피보험자(보험대상자)(자녀)와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
 3. 피보험자(보험대상자)(자녀)와 제3자간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 4. 피보험자(보험대상자)(자녀)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
 5. 피보험자(보험대상자)(자녀)의 심신상실에 기인하는 배상책임
 6. 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임

제3조 (특약의 무효)

특약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 보험사고가 발생하였을 경우 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제4조 (특약의 소멸)

- ① 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5조 (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피보험자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다.
 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재, 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
 4. 손해배상책임에 관하여 피보험자(보험대상자)가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제6조(지급보험금)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제6조 (지급보험금)

- ① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자(보험대상자)가 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - 마. 피보험자(보험대상자)가 제7조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용
- ② 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제1항 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제1항 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)내에서 보상합니다.

제7조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자(보험대상자)(자녀)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특약에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)(자녀)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)(자녀)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)(자녀)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자)(자녀) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)(자녀)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)(자녀)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)(자녀)는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)(자녀)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제8조 (보험금의 분담)

- ① 회사는 이 특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 특약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)(자녀)가 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제9조 (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)(자녀)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)(자녀)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조 (타인을 위한 보험계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제11조 (계약후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 특약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는

이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제12조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제22조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제12조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때.
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 계약체결일로부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(자녀)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 의한 특약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자, 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 수익자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제13조 (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항 각 호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제14조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 손해발생 통지 및 보통약관 제33조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면통지하여 드립니다.
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가급보보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자)(자녀) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제15조 (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

- ② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가 지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제16조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제17조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 제18조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

7-3. 가족일상생활배상책임 보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 제2조에서 정한 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 피해자의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 장애 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다.)를 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다.)에 주거하는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 소유, 사용 또는 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다.)에 기인하는 우연한 사고

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위)

- ① 이 특약에서 피보험자(보험대상자)라 함은 아래의 사람을 말합니다.
 1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)(이하 “피보험자(보험대상자)본인”이라 합니다.)
 2. 피보험자(보험대상자)본인의 배우자(가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 “배우자”라 합니다.)
 3. 피보험자(보험대상자)본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제 777조)
 4. 피보험자(보험대상자)본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 위 제1항에서 피보험자(보험대상자)본인과 본인 이외의 피보험자(보험대상자)의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 고의
 2. 계약자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
 3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 5. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다.) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
 6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

- ② 회사는 제1항 제1호 및 제2호의 사유가 발생한 때에는 보통약관 제25조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
 2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
 3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사 중 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)에 기인하는 배상책임
 4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 6. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
 7. 피보험자(보험대상자)의 심신상실에 기인하는 배상책임
 8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
 10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
 11. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제4조 (타인을 위한 보험계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제5조 (특약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 보험사고가 발생하였을 경우 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조 (특약의 소멸)

- ① 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제7조(계약의 소멸) 제1항에 의하여 보통약관이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 이 특약의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하였을 경우에도 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 그 때까지 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제17조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

제7조 (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피보험자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다.)
 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재, 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
 4. 손해배상책임에 관하여 피보험자(보험대상자)가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제8조(지급보험금)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제8조 (지급보험금)

- ① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자(보험대상자)가 제7조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한
보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.

마. 피보험자(보험대상자)가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의
요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자
기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담
금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제1항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제1항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의
보험가입금액(보상한도액)내에서 보상합니다.

제9조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특약
에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보
험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여
가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사
의 요구가 있으면 피보험자(보험대상자) 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출
석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할
때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사
의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에
는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제10조 (보험금의 분담)

① 회사는 이 특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가
입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약(공제계약(각종 공
제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액
이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 특약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라
보상하여 드립니다.

② 피보험자(보험대상자)가 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)에

대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제11조 (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다.)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제12조 (계약후 알릴 의무)

- ① 특약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 특약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 요구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제13조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제12조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때.
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 의한 특약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 손해 발생후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 손해가 제1항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제14조 (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항 각 호의 통지를 게을리함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제15조 (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

- ② 회사는 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가 지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자(보험대상자)에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제16조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제17조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 소멸), 제14조(보험목적의 범위), 제15조(보험목적에 대한 조사), 제19조(손해액의 조사결정), 제21조(보험금 등이 지급한도), 제23조(현물보상), 제24조(대위권), 제25조(잔존물), 제26조(생활자금(중도인출금)), 제27조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

8. 실손의료비(갱신형) 보장 특별약관

제1장 일반사항

제1조(담보종목)

- ① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형, 질병통원형, 종합(상해와 질병을 말합니다)입원형, 종합통원형 등 총 6개의 담보종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 6개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상
종합	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 <u>질병</u> 으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상

- ② 회사는 이 약관의 명칭에 ‘실손 의료비’ 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제2장 회사가 보상하는 사항

제3조(담보종목별 보장내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하는 사항						
(1) 상해입원	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">구 분</th> <th style="width: 80%;">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td> <td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">상급병실료 차액</td> <td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p> <p>③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"><보상기간 예시></p>	구 분	보상금액	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
구 분	보상금액						
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)						
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)						

담보종목	보상하는 사항															
<p>(1) 상해입원</p>	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">↑</td> <td style="border: none; text-align: center;">↑</td> <td style="border: none; text-align: center;">↑</td> <td style="border: none; text-align: center;">↑</td> <td style="border: none; text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">계약일 (2010.1.1)</td> <td style="border: none; text-align: center;">최초 입원일 (2010.3.1)</td> <td style="border: none; text-align: center;">보상대상기간 (365일)</td> <td style="border: none; text-align: center;">보상제외 (90일)</td> <td style="border: none; text-align: center;">보상대상기간 (365일)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외</td> <td style="border: none; text-align: center;">(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개</td> <td style="border: none; text-align: center;">(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외</td> </tr> </table> </div> <p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p>	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2010.1.1)	최초 입원일 (2010.3.1)	보상대상기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)			(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외
↑	↑	↑	↑	↑												
계약일 (2010.1.1)	최초 입원일 (2010.3.1)	보상대상기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)												
		(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외												
<p>(2) 상해통원</p>	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구분</th> <th style="text-align: center;">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">외래</td> <td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 외래의 보험가입금액^{주)}을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">처방조제비</td> <td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액^{주)}을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td> </tr> </tbody> </table> <p>주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">< 표1 항목별 공제금액 ></p>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)									
구분	보 상 한 도															
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)															
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)															

담보종목	보상하는 사항		
(2) 상해통원	구 분	항 목	공제 금액
	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
		국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원
<p>② <u>피보험자(보험대상자)</u>가 <u>통원</u>하여 치료를 받던 중 <u>보험기간</u>이 만료되더라도 그 계속 중인 <u>통원</u> 치료에 대하여는 <u>보험기간</u> 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, <u>처방조제</u>비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.</p>			
<p><보상기간 예시></p>			
<p>③ 하나의 <u>상해</u>로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 <u>의료기관</u>에 2회 이상 <u>통원치료</u>시(하나의 <u>상해</u>로 약국을 통한 2회 이상의 <u>처방조제</u>를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.</p>			
<p>④ 제1항의 <u>상해</u>에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p>			
<p>⑤ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우</p>			

담보종목	보상하는 사항						
	<p>도 포함합니다)에는 <u>통원의료비</u> 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 <u>처방조제비</u>로 보험가입금액(외래 및 <u>처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다</u>)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑥ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 <u>병원</u> 또는 <u>약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</u></p>						
(3) 질병입원	<p>① <u>회사는 피보험자(보험대상자)</u>가 <u>질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)</u>을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" data-bbox="400 801 1474 1193"> <thead> <tr> <th data-bbox="400 801 608 853">구분</th> <th data-bbox="608 801 1474 853">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="400 853 608 1025">입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td> <td data-bbox="608 853 1474 1025">'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법에서 정한 의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 <u>매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다</u>)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1025 608 1193">상급병실료 차액</td> <td data-bbox="608 1025 1474 1193">입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u>과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다</u>)</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 제1항의 질병에서 청약서상 '<u>계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)</u>'에 해당하는 질병으로 인하여 <u>과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)</u>에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>③ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우</u>도 포함합니다.)에는 <u>입원의료비</u> 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 <u>계약자가 정하는 금액으로 합니다</u>)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>④ <u>회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)</u>으로 인한 <u>입원의료비</u>는 <u>최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지</u> 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 <u>최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.</u></p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p>	구분	보상금액	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법에서 정한 의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 <u>매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다</u>)	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다</u>)
구분	보상금액						
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법에서 정한 의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 <u>매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다</u>)						
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다</u>)						
(3)							

담보종목	보상하는 사항																		
<p>질병입원</p> <p>(3) 질병입원</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; border-top: 1px dashed black;">↑</td> <td style="width: 20%; border-top: 1px dashed black;">↑</td> <td style="width: 15%; border-top: 1px dashed black;">↑</td> <td style="width: 15%; border-top: 1px dashed black;">↑</td> <td style="width: 15%; border-top: 1px dashed black;">↑</td> </tr> <tr> <td></td> <td>계약일 (2010.1.1)</td> <td>최초 입원일 (2010.3.1)</td> <td>보상대상기간 (365일)</td> <td>보상제외 (90일)</td> <td>보상대상기간 (365일)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외</td> <td>(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개</td> <td>(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외</td> </tr> </table> <p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 <u>보험기간</u>이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 <u>보험기간 종료일</u>로부터 180일까지(<u>보험기간 종료일</u>은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 <u>입원의료비</u>를 계산합니다.</p> <p>⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 <u>입원</u>한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(<u>계약</u>이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑨ 제8항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 <u>계약</u>의 해지)에서 정한 <u>계약</u>의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지<u>계약</u>의 부활(효력회복))에서 정한 <u>계약</u>의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>		↑	↑	↑	↑	↑		계약일 (2010.1.1)	최초 입원일 (2010.3.1)	보상대상기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)				(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외
	↑	↑	↑	↑	↑														
	계약일 (2010.1.1)	최초 입원일 (2010.3.1)	보상대상기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)														
			(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외														
	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 <u>통원</u>하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u>를 받은 경우에는 <u>통원의료비</u>로서 매년 <u>계약해당일</u>로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 <u>외래</u>(<u>외래제비용</u>, <u>외래수술비</u>) 및 <u>처방조제비</u>를 각각 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구분</th> <th style="width: 85%;">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">외래</td> <td>방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘<u>비급여</u>’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 >을 차감하고 외래의 보험가입금액^{주)}을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u>로부터 1년간 방문 180회 한도)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">처방</td> <td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘ <u>비급여</u> ’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 >을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 방문 180회 한도)	처방	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정												
구분	보 상 한 도																		
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘ <u>비급여</u> ’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 >을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 <u>계약해당일</u> 로부터 1년간 방문 180회 한도)																		
처방	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정																		

담보종목	보상하는 사항															
(4) 질병통원	<table border="1" data-bbox="416 300 1474 427"> <tr> <td data-bbox="416 300 539 427">조제비</td> <td data-bbox="539 300 1474 427">한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액^{주)}을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td> </tr> </table> <p data-bbox="411 434 1481 510">주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.</p> <p data-bbox="767 589 1050 618" style="text-align: center;">< 표1 항목별 공제금액 ></p> <table border="1" data-bbox="391 696 1465 1249"> <thead> <tr> <th data-bbox="391 696 587 763">구분</th> <th data-bbox="587 696 1334 763">항목</th> <th data-bbox="1334 696 1465 763">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="391 763 587 1099" rowspan="3">외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)</td> <td data-bbox="587 763 1334 943">의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td> <td data-bbox="1334 763 1465 943">1만원</td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 943 1334 1032">의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td> <td data-bbox="1334 943 1465 1032">1만 5천원</td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 1032 1334 1099">국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</td> <td data-bbox="1334 1032 1465 1099">2만원</td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1099 587 1249">처방조제비</td> <td data-bbox="587 1099 1334 1249">국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td> <td data-bbox="1334 1099 1465 1249">8천원</td> </tr> </tbody> </table>	조제비	한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)	구분	항목	공제금액	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원	처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원
	조제비	한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)														
구분	항목	공제금액														
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원														
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원														
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원														
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원														
(4) 질병통원	<p data-bbox="384 1384 1481 1496">② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p data-bbox="826 1585 1038 1615" style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <table border="1" data-bbox="400 1666 1474 1823"> <tr> <td data-bbox="400 1666 507 1823">↑ 계약일 (2010.1.1)</td> <td data-bbox="507 1666 667 1823">↑ 계약해당일 (2011.1.1)</td> <td data-bbox="667 1666 826 1823">↑ 계약해당일 (2012.1.1)</td> <td data-bbox="826 1666 986 1823">↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)</td> <td data-bbox="986 1666 1474 1823">↑ 추가보상 (180일) ↑ 보상종료 (2013.6.29.)</td> </tr> </table> <p data-bbox="384 1921 1481 2033">③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.</p>	↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)	↑ 추가보상 (180일) ↑ 보상종료 (2013.6.29.)										
↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)	↑ 추가보상 (180일) ↑ 보상종료 (2013.6.29.)												

담보종목	보상하는 사항						
	<p>④ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 <u>통원의료비</u> 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 <u>처방조제비</u>로 보험가입금액(외래 및 <u>처방조제비</u>는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 <u>통원의료비</u>를 계산합니다.</p> <p>⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑨ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>						
	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 질병으로 인하여 <u>병원</u>에 <u>입원</u>하여 치료를 받은 경우에는 <u>입원의료비</u>를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" data-bbox="392 1641 1476 2022"> <thead> <tr> <th data-bbox="392 1641 600 1686">구 분</th> <th data-bbox="600 1641 1476 1686">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="392 1686 600 1865"><u>입원실료</u>, <u>입원제비용</u>, <u>입원수술비</u></td> <td data-bbox="600 1686 1476 1865">‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘<u>비급여(상급병실료 차액 제외)</u>’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="392 1865 600 2022">상급병실료 차액</td> <td data-bbox="600 1865 1476 2022">입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u>과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u>로 나누어 산출합니다)</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	보상금액	<u>입원실료</u> , <u>입원제비용</u> , <u>입원수술비</u>	‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘ <u>비급여(상급병실료 차액 제외)</u> ’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)
구 분	보상금액						
<u>입원실료</u> , <u>입원제비용</u> , <u>입원수술비</u>	‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘ <u>비급여(상급병실료 차액 제외)</u> ’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)						
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)						

담보종목	보상하는 사항										
(5) 종합입원	<p>② 제1항의 <u>상해</u>에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p> <p>③ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>④ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 <u>입원의료비</u> 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보험가입금액(<u>상해당, 질병당</u> 각각 5,000만원을 최고한도로 <u>계약자가</u> 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑤ <u>회사</u>는 하나의 <u>상해</u>(동일 <u>상해</u>로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 <u>상해</u>로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 <u>입원의료비</u>를 최초 <u>입원일</u>로부터 365일까지(최초 <u>입원일</u>을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 <u>입원일</u>로부터 365일을 넘어 <u>입원할</u> 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 <u>상해</u> 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (2010.1.1)</td> <td style="text-align: center;">최초 입원일 (2010.3.1)</td> <td style="text-align: center;">(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외</td> <td style="text-align: center;">(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개</td> <td style="text-align: center;">(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외</td> </tr> </table>	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2010.1.1)	최초 입원일 (2010.3.1)	(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외
↑	↑	↑	↑	↑							
계약일 (2010.1.1)	최초 입원일 (2010.3.1)	(2011.2.28) 2011.3.1.부터 보상제외	(2011.5.29) 2011.5.30.부터 보상재개	(2012.5.29) 2012.5.30.부터 보상제외							
(5) 종합입원	<p>⑥ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 <u>입원</u>하여 치료를 받던 중 <u>보험기간</u>이 만료되더라도 그 계속 중인 <u>입원</u>에 대하여는 <u>보험기간</u> 종료일로부터 180일까지(<u>보험기간</u> 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제5항은 적용하지 아니합니다.</p> <p>⑦ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 <u>병원의</u> 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 <u>입원의료비</u>를 계산합니다.</p> <p>⑧ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가</p>										

담보종목	보상하는 사항						
	<p>병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 <u>입원</u>한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑨ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑩ 제9항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 <u>계약의 해지</u>가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑪ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 <u>계약의 부활</u>이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>						
(6) 종합통원	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 질병으로 인하여 병원에 <u>통원</u>하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u>를 받은 경우에는 <u>통원의료비</u>로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 <u>외래(외래제비용, 외래수술비)</u> 및 <u>처방조제비</u>를 각각 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" data-bbox="395 1198 1474 1570"> <thead> <tr> <th data-bbox="395 1198 523 1245">구분</th> <th data-bbox="523 1198 1474 1245">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="395 1245 523 1408">외래</td> <td data-bbox="523 1245 1474 1408">방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 외래의 보험가입금액^{주)}을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1408 523 1570">처방조제비</td> <td data-bbox="523 1408 1474 1570">처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액^{주)}을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td> </tr> </tbody> </table> <p>주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.</p> <p style="text-align: center;">< 표1 항목별 공제금액 ></p>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)
구분	보 상 한 도						
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)						
처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’과 ‘비급여’부분의 합계액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)						

담보종목	보상하는 사항		
(6) 종합통원	구분	항목	공제 금액
	(6) 종합통원 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	<p>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</p> <p>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</p> <p>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</p>	<p>1만원</p> <p>1만 5천원</p> <p>2만원</p>
(6) 종합통원	처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원
<p>② 제1항의 <u>상해</u>에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p>			
<p>③ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p>			
<p>④ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 <u>통원의료비</u> 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 < 표1 항목별 공제금액 > 을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 <u>처방조제비</u>로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p>			
<p>⑤ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 통원하여 치료를 받던 중 <u>보험기간</u>이 만료되더라도 그 계속 중인 <u>통원</u> 치료에 대하여는 <u>보험기간</u> 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, <u>처방조제비</u>는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.</p>			
<p><보상기간 예시></p>			

담보종목	보상하는 사항												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> ↑ 계약일 (2010.1.1) </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> ↑ 계약해당일 (2011.1.1) </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> ↑ 계약해당일 (2012.1.1) </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> ↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> ──── 보상대상기간 (1년) </td> <td style="text-align: center;"> ──── 보상대상기간 (1년) </td> <td style="text-align: center;"> ──── 보상대상기간 (1년) </td> <td style="text-align: center;"> ──── 추가보상 (180일) </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"> ↑ 보상종료 (2013.6.29.) </td> </tr> </table>	↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)	──── 보상대상기간 (1년)	──── 보상대상기간 (1년)	──── 보상대상기간 (1년)	──── 추가보상 (180일)				↑ 보상종료 (2013.6.29.)
↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)										
──── 보상대상기간 (1년)	──── 보상대상기간 (1년)	──── 보상대상기간 (1년)	──── 추가보상 (180일)										
			↑ 보상종료 (2013.6.29.)										
	<p>⑥ 하나의 <u>상해</u> 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 <u>의료기관</u>에 2회 이상 <u>통원치료</u>시(하나의 <u>상해</u> 또는 하나의 질병으로 <u>약국</u>을 통한 2회 이상의 <u>처방조제</u>를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 <u>처방</u>으로 간주하여 제1항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑦ <u>피보험자</u>(<u>보험대상자</u>)가 <u>병원</u> 또는 <u>약국</u>의 <u>직원복리후생제도</u>에 의하여 <u>납부할 의료비</u>를 감면받은 경우에는 그 감면 전 <u>의료비</u>를 기준으로 <u>통원의료비</u>를 계산합니다.</p> <p>⑧ 제3항에도 불구하고 <u>청약일</u> 이전에 진단된 질병이라 하더라도 <u>청약일</u> 이후 5년이 지나는 동안(<u>계약</u>이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(<u>단순건강검진</u> 제외) 또는 <u>치료사실</u>이 없을 경우, <u>청약일</u>로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑨ 제8항의 ‘<u>청약일</u> 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제15조(<u>보험료</u>의 <u>납입연체</u>시 <u>납입최고</u>(<u>독촉</u>)와 <u>계약</u>의 <u>해지</u>)에서 정한 <u>계약</u>의 <u>해지</u>가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제16조(<u>보험료</u>의 <u>납입연체</u>로 인한 <u>해지계약</u>의 <u>부활</u>(<u>효력회복</u>))에서 정한 <u>계약</u>의 <u>부활</u>이 이루어진 경우 <u>부활일</u>을 제8항의 <u>청약일</u>로 하여 적용합니다.</p>												

제3장 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항) 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) <u>상해입원</u>	<p>① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. <u>보험수익자</u>(<u>보험금</u>을 받는 자)의 <u>고의</u>. 다만, 그 <u>보험수익자</u>(<u>보험금</u>을 받는 자)가 <u>보험금</u>의 일부 <u>보험수익자</u>(<u>보험금</u>을 받는 자)인 경우에는 그 <u>보험수익자</u>(<u>보험금</u>을 받는 자)에 해당하는 <u>보험금</u>을 제외한 나머지 <u>보험금</u>을 다른 <u>보험수익자</u>(<u>보험금</u>을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.</p> <p>2. <u>계약자</u>의 <u>고의</u></p>

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	<p>3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 <u>상해</u>로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동</p> <p>6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>② <u>회사</u>는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩</p> <p>2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 <u>상해</u>는 보상하여 드립니다)</p> <p>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승</p> <p>③ <u>회사</u>는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비</p> <p>2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>3. 의료급여법상 <u>의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p>

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	<p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</u></p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(2) 상해통원	<p>① <u>회사는</u> 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>통원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의</u>. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)가</u> 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는</u> 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)에</u> 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)에게</u> 지급하여 드립니다. 2. <u>계약자의 고의</u> 3. <u>피보험자(보험대상자)의 고의</u>. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. <u>피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우</u>. 그러나 <u>회사가</u> 보상하는 <u>상해로</u> 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. <u>피보험자(보험대상자)가</u> 정당한 이유없이 <u>통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에</u> <u>회사는</u> 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. <p>② <u>회사는</u> 다른 약정이 없으면 <u>피보험자(보험대상자)가</u> 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동

담보종목	보상하지 않는 사항
(2) <u>상해통원</u>	<p>2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 <u>상해</u>는 보상하여 드립니다)</p> <p>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승</p> <p>③ <u>회사</u>는 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 <u>의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(응비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
	10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(3) 질병입원	<p>① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>의 고의. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>가 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>인 경우에는 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에게 지급합니다. 2. <u>계약자</u>의 고의 3. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유없이 <u>입원기간 중 의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. <p>② <u>회사</u>는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 <u>입원</u>한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)
(3) 질병입원	<p>③ <u>회사</u>는 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 <u>의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
	<p>6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표37]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(응비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p> <p>12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
	<p>① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>통원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의</u>. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>가 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>인 경우에는 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에게 지급합니다.</p> <p>2. <u>계약자의 고의</u></p> <p>3. <u>피보험자(보험대상자)의 고의</u>. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</p>

담보종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병통원	<p>4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 <u>통원기간</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>② <u>회사</u>는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 <u>통원</u>한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62) <p>③ <u>회사</u>는 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 <u>의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표37]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료
(4) 질병통원	

담보종목	보상하지 않는 사항
	<p>재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련없는 검사비용</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)</p> <p>12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
(5) 종합입원	<p>① <u>상해</u>에 대하여는 ‘<u>상해입원</u>’을 적용</p> <p>② <u>질병</u>에 대하여는 ‘<u>질병입원</u>’을 적용</p>
(6) 종합통원	<p>① <u>상해</u>에 대하여는 ‘<u>상해통원</u>’을 적용</p> <p>② <u>질병</u>에 대하여는 ‘<u>질병통원</u>’을 적용</p>

제4장 계약의 성립과 유지

제5조(계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다) + 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 아니합니다.

제6조(청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다.)의 경우(보험기간이 1년 이상인 계약에 한함)에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제7조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목 또는 담보종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

②회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

⑤계약자가 제4항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제8조(보험나이 등)

①이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

②제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

제9조(계약의 무효)

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와

회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험기간)

- ① 회사는 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약은 자동으로 갱신(이하 “갱신계약”이라 합니다)되는 것으로 합니다.
- ② 이 계약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자(보험대상자)의 나이로부터 갱신 종료나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다.)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ③ 회사는 제1항에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

제11조 (자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정할 경우 이 계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.

제12조(계약의 소멸)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 계약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 만15세미만의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 계약의 사망 당시의 책임준비금과 이미 납입한 보험료 중 큰 금액을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고, 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자의 고의로 인한 사망의 경우에는 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시

킨 경우

2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

④ 회사가 제3항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제13조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5장 보험료의 납입 등

제14조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

①회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

②회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제26조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제28조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

③계약이 갱신되는 경우에는 제1항 및 제2항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제15조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

- ① 계약자가 갱신전 특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신평약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입유예기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다.)으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신평약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제16조 (보험료의 대체납입)

- ① 계약자는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 이 계약의 보험료를 납입합니다.
- ② 계약자는 제1항에서 정한 방법으로 이 계약의 보험료가 전액 총당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.

제17조(제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제18조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제40조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 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.

- ②제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉) 기간까지의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지 환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ①계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ②회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ①제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의

부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율 + 1% 로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

②제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제14조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제26조(계약 전 알릴의무), 제28조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제30조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제21조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

①타인을 위한 계약의 경우 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

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

③회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

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

⑤보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제22조(해지환급금)

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

②회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제6장 다수보험의 처리 등

제24조(다수보험의 처리)

- ①다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ②비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- ③각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제25조(연대책임)

- ①2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.
- ②제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제7장 계약 전 알릴의무 등

제26조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제27조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제28조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제26조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제27조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

④제1항제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 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 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제27조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑤제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보장하여 드립니다.

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

제29조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 회사에게 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.

제30조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제8장 보험금 지급의 절차 등

제31조(주소변경통지)

① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제32조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제33조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)

자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

③계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제34조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제35조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

②병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

제36조(보험금의 지급)

①회사는 제35조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

②회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적인 사유, 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여 드립니다.

③회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

④계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제28조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제37조(환급금의 지급)

①회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제38조(보험금 받는 방법의 변경)

①계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

②회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제39조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제40조(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 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제19조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 상계합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9장 분쟁조정 등

제41조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.
 1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.
 2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 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.
 3. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

⑤회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제42조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제43조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제44조(관할법원)

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

제45조(약관의 해석)

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

②회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제46조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제47조(회사의 손해배상책임)

①회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

②회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제48조(회사의 파산선고와 해지)

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

②제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

③제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제49조(예금보험기금에 의한 지급보장)

회사가 파산등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정한 바에 따라, 본 보험 회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기환급금이나 보험금)에 기타지급금을 합한 금액을 예금보험공사가 1인당 “최고 5천만원까지” 보호합니다.

제50조(준거법) 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임> 용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자(보험 금을 받는 자)	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약품업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법

용어	정의
	(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표 3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

9. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조 (적용대상)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조 (지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 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 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인

의 인감증명서 포함)

제5조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

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

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

10. 특별조건부인수 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 기본계약 및 특약에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.
 1. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 (특별면책조건의 내용)

- ① 보험계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태에 따라서 제2항 제1호의 조건을 부가(1종을 말합니다.)하거나 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가(2종을 말합니다.)합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 장애분류표([별표1] 참조)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.
 1. [별표14]“특정부위 분류표” 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
 2. [별표19]“특정질병 분류표” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다.)
- ③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년”으로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보

험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 각각 2개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

11. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 특별약관은 “특약”, 보험계약자는 “계약자”, 우리회사는 “회사”라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에서 “이륜자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함합니다.)]와 배기량이 50시시미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여

보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을
취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

12. 보험료 자동납입 특별약관

제1조 (보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다.)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다.) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에는 회사는 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 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제1조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조 (계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특약을 따릅니다.

13. 신용카드이용 보험료납입 특별약관

제1조 (적용범위)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다.)은 신용카드회사(이하 “카드회사”라 합니다.)의 카드회원을 계약자로 하여 보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)

회사는 이 특약에 따라 계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.)

제3조 (사고카드 계약)

- ① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.
- ② 제1항에서 “사고카드”라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관 및 해당 특약을 따릅니다.

14. 전자거래 특별약관

제1조 (적용범위)

회사는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다.)에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하 “사이버몰”이라 합니다.)을 이용하여 계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조 (청약서 부분 및 보험약관의 교부)

- ① 회사는 무배당 하이라이프하이콜종합보험(Hi1004) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제4조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관 전부 및 보험약관의 중요내용에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관 교부와 보험약관 중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.
- ② 회사가 제1항을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조 (전자서명의 효력)

회사는 보통약관 제4조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제16조의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자 등이 직접 서명날인한 것으로 봅니다.

제4조 (보험료의 납입)

- ① 이 특약에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다.)을 이용한 자동납입이나 신용카드(이하 “신용카드”라 합니다.)를 이용한 납입에 한합니다.
- ② 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제 보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.
- ③ 계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.

- ⑤ 제4항에서 “사고카드”라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제5조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

[별표1]

장애분류표

제1장 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

제2장 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

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

다. 컷바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㆁ, ㆅ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로

운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.

13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “연구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절 기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있

는 경우

라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네

손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.

- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.

- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

[별표2]

중대한 특정상해 분류표

약관에서 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	머리내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨기 및 골반 장기의 손상	S37

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

골절(치아파절제외) 분류표

약관에서 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 및 파절치 제외)	S02 (S02.5제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

화상 분류표

약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류기호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 및 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타장애	L59

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

질병 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00~B99
II. 신생물	C00~D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애	D50~D89
IV. 내분비, 영양 및 대사질환	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~J99
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 산후기	O00~O99
X VI. 출생전후기에 기원한 특정병태	P00~P96
X VIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00~R99

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

악성신생물(암) 분류표

약관에서 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30~C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 종피성 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 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조절 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 림프종 모양 구진증	L41.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

상피내의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8]

행동양식 불명 또는 이상의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 이상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 단클론성 감마병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 이상의 신생물	D48
14. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장(이자)의 악성신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨병	C81
- 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
- 미만성 비호지킨 림프종	C83
- 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 기타 및 상세불명의 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C96

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10]

3대암 분류표

약관에서 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
위의 악성신생물	C16
간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물	C22
쓸개(담낭)의 악성신생물	C23
기타 및 상세불명 담도부위의 악성신생물	C24
기관의 악성신생물	C33
기관지 및 폐의 악성신생물	C34

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표11]

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표12]

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 13]

정신 및 행동장애 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 증상성을 포함하는 기질성 정신장애	F00 ~ F09
2. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애	F20 ~ F29
3. 기분(정동) 장애	F30 ~ F39
4. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애	F40 ~ F48
5. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군	F50 ~ F59
6. 성인 인격 및 행동 장애	F60 ~ F69
7. 정신 발육지연	F70 ~ F79
8. 정신 발달 장애	F80 ~ F89
9. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애	F90 ~ F98
10. 상세불명의 정신 장애	F99

제6차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표14]

만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질병	분류번호
인슐린 의존성 당뇨병	· 콩팥(신장) 합병증을 동반	E10.2
	· 눈 합병증을 동반	E10.3
	· 신경학적 합병증을 동반	E10.4
	· 말초순환장애 합병증을 동반	E10.5
인슐린 비의존성 당뇨병	· 콩팥(신장) 합병증을 동반	E11.2
	· 눈 합병증을 동반	E11.3
	· 신경학적 합병증을 동반	E11.4
	· 말초순환장애 합병증을 동반	E11.5
영양실조와 관련된 당뇨병	· 콩팥(신장) 합병증을 동반	E12.2
	· 눈 합병증을 동반	E12.3
	· 신경학적 합병증을 동반	E12.4
	· 말초순환장애 합병증을 동반	E12.5
기타 명시된 당뇨병	· 콩팥(신장) 합병증을 동반	E13.2
	· 눈 합병증을 동반	E13.3
	· 신경학적 합병증을 동반	E13.4
	· 말초순환장애 합병증을 동반	E13.5
상세불명의 당뇨병	· 콩팥(신장) 합병증을 동반	E14.2
	· 눈 합병증을 동반	E14.3
	· 신경학적 합병증을 동반	E14.4
	· 말초순환장애 합병증을 동반	E14.5

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표15]

총수염(맹장염) 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
총수의 질환	K35 ~ K38

제6차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표16]

7대질병 분류표

약관에서 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
심장질환	급성류마티스열	I00 ~ I02
	만성류마티스성 심장질환	I05 ~ I09
	허혈성 심장질환	I20 ~ I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26 ~ I28
	기타형태의 심장병	I30 ~ I52
뇌혈관질환	대뇌혈관 질환	I60 ~ I69
간 질환	바이러스성 간염	B15 ~ B19
	간의 질환	K70 ~ K77
고혈압	고혈압성 질환	I10 ~ I15
당뇨병	당뇨병	E10 ~ E14
만성 하기도 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성기관지염	J41
	상세불명의 만성기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명의 소화성 궤양	K27

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 17]

여성만성질병 분류표

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	뼈 연속성의 장애	M84
관절염	관절병증	M00 ~ M25

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

특정전염병 분류표

약관에서 규정하는 특정전염병으로 분류되는 전염병은 전염병예방법 제2조에서 규정하고 있는 법정전염병 중 다음에 해당하는 전염병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
제1군 전염병	콜레라 장티푸스 파라티푸스 상세불명의 이질 장출혈성대장균감염 페스트	A00 A01.0 A01.1 - A01.4 A03.9 A04.3 A20
제2군 전염병	파상풍 디프테리아 백일해 급성 회색질척수염 일본뇌염 홍역 풍진(독일홍역) 볼거리	A33 - A35 A36 A37 A80 A83.0 B05 B06 B26
제3군 전염병	탄저병 브루셀라증 렙토스피라증 성홍열 수막알균 수막염 기타 그람음성균에 의한 패혈증 리지오넬라병 발진티푸스 리켓치아 타이피에 의한 발진티푸스 리켓치아 프프가무시에 의한 발진티푸스 광견병 콩팥(신장) 증후군을 동반한 출혈열 말라리아	A22 A23 A27 A38 A39.0 A41.5 A48.1 - A48.2 A75(A75.2, A75.3 제외) A75.2 A75.3 A82 A98.5 B50 - B54

[별표19]

치매 분류표

“치매로 진단확정되다”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 의사의 자격을 가진자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

“치매”란 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있을 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

일상생활동작 장애 분류표

1. 보행을 스스로 할 수 없음
① 두손 두발로 기거나, 무릎 또는 엉덩이를 바닥에 붙이지 않으면 이동 할 수 없다. ② 혼자서는 뒤집지 못하거나 침대위에서 조금 밖에 이동할 수 없다. ③ 혼자서는 전혀 이동할 수 없다.
2. 음식물 섭취를 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 식사도구를 사용하여 식사할 수 없다. ② 혼자서는 전혀 식사할 수 없다. (신체의 장애에 의해 요양 중이어서 입을 통한 영양 섭취 및 식사가 불가능하여 혈관 또는 신체에 튜브를 통해 수액제를 삽입하거나 유동식으로 영양공급이 한정되어 있는 상태를 포함함)
3. 대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 배변을 닦아내는 것이 불가능하다. ② 혼자서는 배변을 위해 앉아 있는 자세를 취할 수 없다. ③ 잦은 실금(失禁)으로 인하여 기저귀 또는 특수용기를 사용하고 있다. ④ 치료를 위한 절대안정으로 침상에서 특수용기를 사용하여 배설행위를 해야 한다.
4. 목욕을 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 몸을 씻거나 닦거나 할 수 없다. ② 혼자서는 욕조에 출입을 할 수 없다. ③ 혼자서는 전혀 목욕을 할 수 없다.
5. 의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음
① 혼자서는 옷을 입거나 벗을 수 없다.

[별표21]

교통사고 처리 특례법 제3조 제2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따른 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항·제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소)·제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조정사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

[별표22]

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해보상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	지급금액	상 해 부 위
1급	600만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행한 상해 4. 외상성 두개강 안의 출혈로 개두술을 시행한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 또는 경막하 수종, 수혈액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 상해 6. 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 8. 경골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상·좌창·괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 상해(몸표면의 9퍼센트 이상의 상해) 10. 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 상해 11. 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	300만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 상박골 분쇄성 골절 2. 척추체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 또는 경추 탈구(아탈구 포함), 골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 상해 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 상해 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 상해 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 상해 7. 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해 8. 천장골 간 관절 탈구 9. 슬관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내·외측 반월상 연골이 전부 파열된 상해 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	300만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절

상해급별	지급금액	상 해 부 위
3급	300만원	<ol style="list-style-type: none"> 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 상해 8. 경골 과부 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 상해 또는 족근중족(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 상해 또는 복강내출혈로 수술한 상해 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 상해 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 상해 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	300만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 견갑 관절부위의 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 상해 또는 개방성 공막열창으로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 상해 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 상해 11. 슬관절부의 내·외측부 인대, 전·후십자 인대, 내·외측 반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경·비골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	150만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 상해 3. 족중골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절

상해급별	지급금액	상 해 부 위
5급	150만원	<ol style="list-style-type: none"> 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 상해 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 상해 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 상해 13. 거골 골절(경부는 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 아니한 소아의 경·비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 상해
6급	80만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골·좌골·장골·천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 상해 6. 치골 상·하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절은 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 상해 13. 외상성 경막하 수종, 수혈액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 수술하지 아니한 상해(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상태 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	40만원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족과절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개

상해급별	지급금액	상 해 부 위
7급	40만원	9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	20만원	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 아니한 상해 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오혜돌기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절 내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경 학적 증상이 경미한 상해 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상 12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 상해 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	20만원	1. 척주골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 요골 골두골 골절 3. 완관절 내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골은 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골·종골은 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경·비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분파열 10. 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 아니한 경우 11. 척주체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대·근육 등) 손상이 동반된 상해 12. 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 아니한 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하 요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 아니한 상해 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 아니한 경우

상해급별	지급금액	상 해 부 위
9급	20만원	16. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	20만원	1. 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골 간 관절 탈구 3. 손목뼈 손바닥뼈 간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절) 염좌 5. 척골·요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절, 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다] 6. 손가락 신전근건 파열 7. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	20만원	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절·탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	10만원	1. 8일 이상 14일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 15일 이상 26일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
13급	10만원	1. 4일 이상 7일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 8일 이상 14일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
14급	10만원	1. 3일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 7일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
<p>< 비 고 ></p> <ol style="list-style-type: none"> 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예: 상해내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위에서 상해 등급별 해당 금액의 합산액을 배상한다. 		

[별표23]

4대성인병 분류표

약관에서 규정하는 “4대성인병”으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
심질환	급성 류마티스열	100~102
	만성 류마티스 심장질환	105~109
	허혈성 심장질환	120~125
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	126~128
	기타 형태의 심장병	130~152
	심장절개후 증후군	197.0
	심장수술 후의 기타 기능장애	197.1
	뇌혈관질환	대뇌혈관 질환
만성호흡기질환	단순성 및 점액농성 만성기관지염	J41
	상세불명의 만성기관지염	J42
	급성 악화를 동반한 상세불명의 만성 폐쇄성 폐질환	J44.1
	기타 명시된 만성 폐쇄성 폐질환	J44.8
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	간 질환	바이러스 간염
알코올성 간질환		K70
독성 간질환		K71
달리 분류되지 않은 간기능상실		K72
달리 분류되지 않은 만성 간염		K73
간의 섬유증 및 경화		K74
기타 염증성 간질환		K75
간의 기타 질환		K76
달리 분류된 질환에서의 간 장애		K77

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

비급여대상

<국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항 관련>

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 질환

2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(응비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. <삭제>
 - 라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
 - 라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료(치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아를 가진 만 6세 이상 14세 이하 소아의 제1대구치에 대한 치면열구전색 제외)

- 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
 - 사. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 영 제24조제2항 및 제8조제4항의 규정에 의하여 고시한 상대가치점수로 산정한 입원료(이하 "기본입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
 - (1) 의료법령에 의하여 허가를 받거나 신고한 병상 중 기본입원료만을 산정하는 병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 경우. 다만, 집중치료, 신생아 입원, 무균치료, 격리치료, 강내치료 또는 방사성옥소입원치료를 위한 입원실의 병상은 상급병상 및 일반병상에서 제외한다.
 - (2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우
 - 나. 삭제 <2006.5.19>
 - 다. 법 제46조에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구
 - 라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용
 - 마. 친자확인을 위한 진단
 - 바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함)
 - 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>
 - 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지가족부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
 - 차. 삭제 <2006.12.29>
 - 카. 「의료법」 제46조에 따른 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용
 - 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
 - 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
 - 하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 의하여 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등. 다만, 제11조제4항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 의하여 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 신의료기술 등을 제외한다.
 - 거. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29>
6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 사목, 제4호거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.
- 가. 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
 - 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약침약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여대상으로 승인받은 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.