

# 목 차

<b>안 내 사 항</b>	
상품안내	1-5. 교통상해후유장해(대중교통이용중)보장 특별약관 ..... 1-5
자주 발생하는 민원 예시	1-6. 자전거탑승중상해후유장해보장 특별약관 ..... 1-7
보험금 청구 구비서류 안내	1-7. 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관 ..... 1-8
보험금 지급절차 안내	1-8. 상해후유장해(80%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관 ..... 1-9
가입자 유의사항	1-9. 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관 ..... 1-10
주요내용 요약서	1-10. 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관 ..... 1-12
보험용어해설	1-11. 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관 ..... 1-13
<b>약 관</b>	1-12. 상해후유장해(50%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관 ..... 1-15
I. 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI 1501) 보통약관	1-13. 교통상해후유장해(비운전중, 50%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관 ..... 1-16
[부표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1-14. 골절진단보장 특별약관 ..... 1-17
II. 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI 1501) 특별약관	1-15. 골절진단(갱신형)보장 특별약관 ..... 1-18
1. 상해관련 특별약관	1-16. 5대골절진단보장 특별약관 ..... 1-20
1-1. 상해사망보장 특별약관 ..... 1-1	1-17. 5대골절진단(갱신형)보장 특별약관 ..... 1-21
1-2. 상해사망(갱신형)보장 특별약관 ..... 1-1	1-18. 화상진단보장 특별약관 ..... 1-22
1-3. 교통상해후유장해(비운전중)보장 특별약관 ..... 1-2	1-19. 화상진단(갱신형)보장 특별약관 ..... 1-23
1-4. 교통상해후유장해(비탑승중)보장 특별약관 ..... 1-4	1-20. 중증화상/부식진단보장 특별약관 ..... 1-24
	1-21. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ..... 1-25

1-22. 상해입원일당(1일이상)(갱신형)보장 특별약관	.....	1-26
1-23. 상해입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	1-27
1-24. 상해수술(갱신형)보장 특별약관	.....	1-28
1-25. 골절수술보장 특별약관	.....	1-30
1-26. 골절수술(갱신형)보장 특별약관	.....	1-31
1-27. 5대골절수술보장 특별약관	.....	1-33
1-28. 5대골절수술(갱신형)보장 특별약관	.....	1-34
1-29. 화상수술보장 특별약관	.....	1-36
1-30. 화상수술(갱신형)보장 특별약관	.....	1-37
1-31. 심한상해수술보장 특별약관	.....	1-39
1-32. 중대한특정상해수술보장 특별약관	.....	1-41
1-33. 상해흉터성형수술보장 특별약관	.....	1-42
1-34. 뇌·내장손상수술보장 특별약관	.....	1-43

2. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망보장 특별약관	.....	2-1
2-2. 질병사망(갱신형)보장 특별약관	.....	2-1
2-3. 모성사망보장 특별약관	.....	2-3
2-4. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관	.....	2-4
2-5. 질병후유장해(80%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관	.....	2-5
2-6. 질병후유장해(50%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관	.....	2-6

2-7. 암진단보장 특별약관	.....	2-7
2-8. 암진단(갱신형)보장 특별약관	.....	2-9
2-9. 특정암진단보장 특별약관	.....	2-12
2-10. 다발성소아암진단보장 특별약관	.....	2-13
2-11. 소아백혈병진단보장 특별약관	.....	2-14
2-12. 재진단암진단보장 특별약관	.....	2-15
2-13. 재진단암진단(갱신형)보장 특별약관	.....	2-18
2-14. 뇌졸중진단보장 특별약관	.....	2-22
2-15. 뇌졸중진단(갱신형)보장 특별약관	.....	2-23
2-16. 뇌혈관질환진단보장 특별약관	.....	2-25
2-17. 급성심근경색증진단보장 특별약관	.....	2-26
2-18. 급성심근경색증진단(갱신형)보장 특별약관	.....	2-27
2-19. 허혈성심장질환진단보장 특별약관	.....	2-29
2-20. 항암방사선약물치료보장 특별약관	.....	2-30
2-21. 항암방사선약물치료(갱신형)보장 특별약관	.....	2-31
2-22. 질병특정고도장해보장 특별약관	.....	2-33
2-23. 말기신부전증진단보장 특별약관	.....	2-34
2-24. 양성뇌종양진단보장 특별약관	.....	2-35
2-25. 심장관련소아특정질병진단보장 특별약관	.....	2-36
2-26. 중대한재생불량성빈혈진단보장 특별약관	.....	2-37

2-27. 특정전염병진단보장 특별약관	.....	2-39	2-46. 회귀난치성질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-70
2-28. 특정전염병진단(갱신형)보장 특별약관	.....	2-40	2-47. 선천이상입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	2-71
2-29. 중증세균성수막염진단보장 특별약관	.....	2-41	2-48. 저체중아입원일당(3일이상)보장 특별약관	.....	2-73
2-30. 인슐린의존당뇨병진단보장 특별약관	.....	2-43	2-49. 신생아질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-74
2-31. 성조숙증진단보장 특별약관	.....	2-44	2-50. 임신·출산질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-75
2-32. 신생아장해출생진단보장 특별약관	.....	2-45	2-51. 유산입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-77
2-33. 유산진단보장 특별약관	.....	2-46	2-52. 질병수술(갱신형)보장 특별약관	.....	2-79
2-34. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	2-47	2-53. 암수술보장 특별약관	.....	2-81
2-35. 질병입원일당(1일이상)(갱신형)보장 특별약관	.....	2-49	2-54. 암수술(갱신형)보장 특별약관	.....	2-83
2-36. 질병입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	2-51	2-55. 조혈모세포이식수술보장 특별약관	.....	2-86
2-37. 암직접치료입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-53	2-56. 16대질환수술보장 특별약관	.....	2-87
2-38. 암직접치료입원일당(4일이상)(갱신형)보장 특별약관	.....	2-55	2-57. 특정5대질환수술보장 특별약관	.....	2-88
2-39. 피부질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-58	2-58. 충수염수술보장 특별약관	.....	2-90
2-40. 식중독입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-60	2-59. 시청각질환수술보장 특별약관	.....	2-91
2-41. 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상)(갱신형)보장 특별약관	.....	2-61	2-60. 호흡기관련질환수술보장 특별약관	.....	2-93
2-42. 자녀10대질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	2-64	2-61. 자녀10대질환수술보장 특별약관	.....	2-94
2-43. 환경성질환입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	2-65	2-62. 소아탈장수술보장 특별약관	.....	2-95
2-44. 생활질환입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	2-67	2-63. 추간판장애수술보장 특별약관	.....	2-97
2-45. VDT중후군입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	2-68	2-64. 모아모야병개두수술보장 특별약관	.....	2-98

2-65. 희귀난치성질환수술보장 특별약관	.....	2-99	4-3. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관	.....	4-3
2-66. 어린이개흉심장수술보장 특별약관	.....	2-100	4-4. 자동차사고변호사선임비용(갱신형)보장 특별약관	.....	4-5
2-67. 어린이심장시술보장 특별약관	.....	2-101	4-5. 자동차사고면허정지일당보장 특별약관	.....	4-6
2-68. 선천이상수술보장 특별약관	.....	2-102	4-6. 자동차사고면허정지일당(갱신형)보장 특별약관	.....	4-8
2-69. 선천이상수술(허유착증 제외)보장 특별약관	.....	2-103	4-7. 자동차사고면허취소보장 특별약관	.....	4-9
2-70. 임신·출산질환수술보장 특별약관	.....	2-105	4-8. 자동차사고면허취소(갱신형)보장 특별약관	.....	4-10
2-71. 유산수술보장 특별약관	.....	2-106	4-9. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)보장 특별약관	.....	4-11
<b>3. 상해 및 질병관련 특별약관</b>			4-10. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)(갱신형)보장 특별약관	.....	4-14
3-1. 3대장애진단보장 특별약관	.....	3-1	4-11. 자동차사고처리지원금(중상해)보장 특별약관	.....	4-16
3-2. 4대장애진단보장 특별약관	.....	3-2	4-12. 자동차사고처리지원금(중상해)(갱신형)보장 특별약관	.....	4-18
3-3. 정신적장애진단보장 특별약관	.....	3-4	4-13. 자동차사고부상(운전자)보장 특별약관	.....	4-21
3-4. 뇌병변장애진단보장 특별약관	.....	3-5	4-14. 자동차사고부상(운전자)(갱신형)보장 특별약관	.....	4-22
3-5. 정신및행동장애입원(4일이상)보장 특별약관	.....	3-6	4-15. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관	.....	4-24
3-6. 장기이식수술보장 특별약관	.....	3-8	4-16. 자동차사고(스쿨존내교통사고)보장 특별약관	.....	4-25
3-7. 각막이식수술보장 특별약관	.....	3-9	4-17. 유괴·납치·불법감금피해보장 특별약관	.....	4-26
3-8. 김스치료보장 특별약관	.....	3-10	4-18. 미성년성폭력범죄피해보장 특별약관	.....	4-27
<b>4. 비용손해관련 특별약관</b>			4-19. 강력범죄피해(사망제외)보장 특별약관	.....	4-28
4-1. 자동차사고별금보장 특별약관	.....	4-1	4-20. 폭력피해(사망제외)보장 특별약관	.....	4-29
4-2. 자동차사고별금(갱신형)보장 특별약관	.....	4-2	4-21. 부정교합치료보장 특별약관	.....	4-30

4-22. 시력치료보장 특별약관	.....	4-31
4-23. 시력교정보장 특별약관	.....	4-32
4-24. 유치보존치료보장 특별약관	.....	4-33
4-25. 치아치료(유치, 영구치)보장 특별약관	.....	4-35
4-26. 의료사고법률비용보장 특별약관	.....	4-39

**5. 배상책임관련 특별약관**

5-0. 배상책임 보장 공통 특별약관	.....	5-1
5-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관	.....	5-9
5-2. 일상생활중배상책임(가족)(갱신형)보장 특별약관	.....	5-10
5-3. 일상생활중배상책임(자녀)보장 특별약관	.....	5-13
5-4. 일상생활중배상책임(자녀)(갱신형)보장 특별약관	.....	5-14

**6. 무배당 실손의료(갱신형)보장 특별약관**

제1장 실손의료보장 공통조항	.....	6-1
Ⅰ. 상해입원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-15
Ⅱ. 상해통원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-17
Ⅲ. 질병입원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-19
Ⅳ. 질병통원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-22

**7. 기타 특별약관**

7-1. 출생전 자녀가입 제도특별약관	.....	7-1
7-2. 계약전환 제도특별약관	.....	7-2
7-3. 계약분리 제도특별약관	.....	7-3
7-4. 지정대리청구서비스 제도특별약관	.....	7-4
7-5. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 제도특별약관	.....	7-5
7-6. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도특별약관	.....	7-6
7-7. 보험료 자동납입 제도특별약관	.....	7-6
7-8. 만기고객보험료할인 제도특별약관	.....	7-7
7-9. 표준화 실손의료비보장 안정화 할인 제도특별약관	.....	7-7
7-10. 전자서명 제도특별약관	.....	7-8

III. 우배당 갯앤갯어린이디보험(HI1501) 별표

[별표1] 장애 분류표	..... 표-1	[별표19] 허혈성심장질환 분류표	..... 표-21
[별표2] 골절 분류표	..... 표-10	[별표20] 질병 특정고도장애 판정기준	..... 표-21
[별표3] 5대골절 분류표	..... 표-10	[별표21] 말기신부전증 분류표	..... 표-24
[별표4] 화상 분류표	..... 표-11	[별표22] 양성뇌종양 분류표	..... 표-25
[별표5] 의료기관의 시설규격	..... 표-11	[별표23] 특정전염병 분류표	..... 표-25
[별표6] 심한상해 분류표	..... 표-12	[별표24] 인슐린의존 당뇨병 대상 분류표	..... 표-26
[별표7] 중대한 특정상해 분류표	..... 표-13	[별표25] 성조숙증 분류표	..... 표-26
[별표8] 뇌·내장손상 분류표	..... 표-13	[별표26] 장애의 대상 분류표	..... 표-27
[별표9] 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표	..... 표-14	[별표27] 심한장애의 대상 분류표	..... 표-28
[별표10] 악성신생물(암) 분류표	..... 표-16	[별표28] 유산 분류표	..... 표-28
[별표11] 제자리 신생물 분류표	..... 표-16	[별표29] 피부질환 분류표	..... 표-29
[별표12] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	..... 표-17	[별표30] 식중독 분류표	..... 표-29
[별표13] 특정암 분류표	..... 표-17	[별표31] 어린이12대다발성질환 분류표	..... 표-30
[별표14] 다발성 소아암 분류표	..... 표-18	[별표32] 자녀10대질환 분류표	..... 표-31
[별표15] 소아백혈병 분류표	..... 표-19	[별표33] 환경성질환 분류표	..... 표-32
[별표16] 뇌졸중 분류표	..... 표-19	[별표34] 생활질환 분류표	..... 표-33
[별표17] 뇌혈관질환 분류표	..... 표-20	[별표35] VDT중후군 분류표	..... 표-34
[별표18] 급성심근경색증 분류표	..... 표-20	[별표36] 희귀난치성질환 분류표	..... 표-34
		[별표37] 선천성기형, 변형 및 염색체 이상 분류표	..... 표-36

[별표38] 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표	..... 표-37
[별표39] 임신·출산 관련 질환 분류표	..... 표-37
[별표40] 비급여대상	..... 표-38
[별표41] 16대질병 분류표	..... 표-39
[별표42] 4대질병 분류표	..... 표-40
[별표43] 치핵 분류표	..... 표-41
[별표44] 충수염(맹장염) 분류표	..... 표-41
[별표45] 시정각질환 분류표	..... 표-42
[별표46] 호흡기관련질환 분류표	..... 표-42
[별표47] 탈장 분류표	..... 표-43
[별표48] 추간판장애 분류표	..... 표-43
[별표49] 모야모야병 분류표	..... 표-44
[별표50] 장애인의 종류 및 기준(장애인 복지법시행령 제2조관련)	..... 표-44
[별표51] 장애인의 장애등급표(장애인 복지법시행령 제2조관련)	..... 표-45
[별표52] 정신 및 행동장애 분류표	..... 표-47
[별표53] 교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서	..... 표-47
[별표54] 자동차사고 부상 등급표	..... 표-48
[별표55] 특정부위 분류표	..... 표-53
[별표56] 특정질병 분류표	..... 표-54

< 참고 > 무배당 국민건강보험(HI 1501)에서 인용한 법·규정





## 상품안내

상품안내에 계약자의 편의 및 이해를 돕기 위해 상품의 주요 내용만을 요약한 자료이므로, 보험금의 지급사유, 보험금 지급에 관한 세부규정 및 보험금을 지급하지 않는 사유 등 구체적인 상품내용은 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

### <개요 및 구조>

- 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI 1501)은 어린이에게 발생 가능한 주요 CI질병, 상해, 배상책임손해 등을 보장받을 수 있는 상품입니다.
- 상품구조

구 분	내 용
상품 형태	보장/적립구분형
보장부분 적용이율	3.5%
적립부분 적용이율	보장성 공시이율III (단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%)

### 1. 가입자격제한 등 상품별 특이사항

#### 가. 가입자격제한

##### ☞ 가입요건은 어떻게 되나요?

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
(기본계약) 최초 계약시 가입나이 기준 - 만15세 미만 : 상해후유장해 - 만15세 이상 : 상해사망후유장해	10세만기	5년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~5세
	15세만기	5년납	태아~9세
		10년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~10세

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
18세만기		5년납	태아~12세
		10년납	태아~7세
		15년납	태아~2세
		전기납, 일시납	태아~13세
20세만기		5년납	태아~14세
		10년납	태아~9세
		15년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~15세
24세만기		5년납	태아~18세
		10년납	태아~13세
		15년납	태아~8세
		20년납	태아~3세
		전기납, 일시납	태아~19세
27세만기		5년납	태아~21세
		10년납	태아~16세
		15년납	태아~11세
		20년납	태아~6세
		전기납, 일시납	태아~22세
30세만기		5년납	태아~22세
		10년납	태아~19세
		15년납	태아~14세
		20년납	태아~9세
		전기납, 일시납	태아~22세
80세만기 100세만기		10년납, 15년납 20년납, 25년납 30년납, 일시납	태아~22세

(기본계약) 최초 계약시 가입나이 기준  
- 만15세 미만 : 상해후유장해  
- 만15세 이상 : 상해사망후유장해

무배당 국민건강보험(HI 1501)

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
중증화상/부식진단 중대한특정상해수술 질병특정고도장해 말기신부전증진단 중대한재생불량성빈혈진단 정신및행동장애입원(4일이상) 조혈모세포이식수술 장기이식수술 각막이식수술 뇌·내장손상수술	10세만기	5년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~5세
	15세만기	5년납	태아~9세
		10년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~10세
	18세만기	5년납	태아~12세
		10년납	태아~7세
		15년납	태아~2세
		전기납, 일시납	태아~13세
	20세만기	5년납	태아~14세
		10년납	태아~9세
		15년납	태아~4세
	24세만기	전기납, 일시납	태아~15세
		5년납	태아~18세
		10년납	태아~13세
		15년납	태아~8세
	27세만기	20년납	태아~3세
		전기납, 일시납	태아~19세
		5년납	태아~21세
		10년납	태아~16세
	30세만기	15년납	태아~11세
		20년납	태아~6세
		전기납, 일시납	태아~22세
		5년납	태아~22세
		10년납	태아~19세
	80세만기	15년납	태아~14세
		20년납	태아~9세
		전기납, 일시납	태아~22세
10년납, 15년납, 20년납, 25년납, 30년납, 일시납		태아~22세	

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
다발성소아암진단 소아백혈병진단 중증세균성수막염진단 인슐린의존당뇨병진단 자녀10대질병입원일당(4일이상) 자녀10대질병수술 소아탈장수술 모야모야병개두수술 어린이개흉심장수술 어린이심장시술 3대장애진단 4대장애진단 유과·납치·불법감금피해 일상생활중배상책임(자녀)	10세만기	5년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~5세
	15세만기	5년납	태아~9세
		10년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~10세
	18세만기	5년납	태아~12세
		10년납	태아~7세
		15년납	태아~2세
		전기납, 일시납	태아~13세
	20세만기	5년납	태아~14세
		10년납	태아~9세
		15년납	태아~4세
	24세만기	전기납, 일시납	태아~15세
		5년납	태아~18세
		10년납	태아~13세
		15년납	태아~8세
	27세만기	20년납	태아~3세
		전기납, 일시납	태아~19세
		5년납	태아~21세
		10년납	태아~16세
	30세만기	15년납	태아~11세
		20년납	태아~6세
		전기납, 일시납	태아~22세
		5년납	태아~22세
		10년납	태아~19세
	80세만기	15년납	태아~14세
		20년납	태아~9세
		전기납, 일시납	태아~22세
10년납, 15년납, 20년납, 일시납		태아~22세	

무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501)

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
심장관련소아특정질병진단 미성년성폭력범죄피해	10세만기	5년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~5세
	15세만기	5년납	태아~9세
		10년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~10세
	18세만기	5년납	태아~12세
		10년납	태아~7세
		15년납	태아~2세
		전기납, 일시납	태아~13세
	20세만기	5년납	태아~14세
		10년납	태아~9세
		15년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~15세
정신적장애진단 선천이상입원일당(1일이상) 선천이상수술 선천이상수술(허유착증제외)	10세만기	5년납, 전기납, 일시납	태아
	15세만기	5년납, 10년납, 전기납, 일시납	
	18세만기	5년납, 10년납, 15년납	
	20세만기	전기납, 일시납	
	24세만기		
	27세만기	5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 전기납, 일시납	
30세만기			
신생아장해출생진단 저체중아입원일당(3일이상) 신생아질병입원일당(4일이상)	1년만기	전기납, 일시납	태아

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
희귀난치성질환입원일당 (4일이상), 희귀난치성질환수술	10세만기	5년납, 전기납, 일시납	태아
	15세만기	5년납, 10년납, 전기납, 일시납	
	18세만기 20세만기	5년납, 10년납, 15년납 전기납, 일시납	
	24세만기 27세만기 30세만기	5년납, 10년납, 15년납 20년납, 전기납, 일시납	
	80세만기 100세만기	10년납, 15년납, 20년납 20년납, 30년납, 일시납	
자동차사고벌금 자동차사고변호사선임비용 자동차사고면허정지일당 자동차사고면허취소 자동차사고처리지원금(중상해) 자동차사고처리지원금 (사망, 중과실, 중상해) 자동차사고부상(운전자)	80세만기 100세만기	10년납, 15년납 20년납, 25년납 30년납, 일시납	만18세~22세
자동차사고(스쿨존내교통사고)	10세만기	5년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~5세
	13세만기	5년납	태아~7세
		10년납	태아~2세
		전기납, 일시납	태아~8세

무배당 국민연금 이디보험(HI 1501)

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	
상해사망	본인	20세만기	전기납, 일시납	만15세
		24세만기	5년납	만15세~18세
			전기납, 일시납	만15세~19세
		27세만기	5년납	만15세~21세
			10년납	만15세~16세
			전기납, 일시납	만15세~22세
		30세만기	5년납	만15세~22세
			10년납	만15세~19세
	전기납, 일시납		만15세~22세	
	80세만기 100세만기	10년납, 15년납, 20년납, 25년납, 30년납, 일시납	만15세~22세	
	부양자	5년만기	전기납, 일시납	만15세~ (70-보험기간)세
		6년~10년만기	5년납, 전기납, 일시납	
		11년~15년만기	5년납, 10년납, 전기납, 일시납	
		16년~20년만기	5년납, 10년납, 15년납, 전기납, 일시납	
21년~30년만기		5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 전기납, 일시납		

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	
질병사망	본인	20세만기	전기납, 일시납	만15세
		24세만기	5년납	만15세~18세
			전기납, 일시납	만15세~19세
		27세만기	5년납	만15세~21세
			10년납	만15세~16세
			전기납, 일시납	만15세~22세
	30세만기	5년납	만15세~22세	
		10년납	만15세~19세	
	80세만기	10년납, 15년납, 20년납, 25년납, 30년납, 일시납	만15세~22세	
	부양자	5년만기	전기납, 일시납	만15세~ (70-보험기간)세
		6년~10년만기	5년납, 전기납, 일시납	
11년~15년만기		5년납, 10년납, 전기납, 일시납		
16년~20년만기		5년납, 10년납, 15년납, 전기납, 일시납		
21년~30년만기		5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 전기납, 일시납		
상해후유장해 (80%이상) 질병후유장해 (80%이상)	10세만기	5년납	태아~4세	
		전기납, 일시납	태아~5세	
	15세만기	5년납	태아~9세	
		10년납	태아~4세	
		전기납, 일시납	태아~10세	
	18세만기	5년납	태아~12세	
		10년납	태아~7세	
		15년납	태아~2세	
		전기납, 일시납	태아~13세	

무배당 국영아이디보험(HI1501)

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
상해후유장해 (80%이상) 질병후유장해 (80%이상)	20세만기	5년납	태아~14세
		10년납	태아~9세
		15년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~15세
	24세만기	5년납	태아~18세
		10년납	태아~13세
		15년납	태아~8세
		20년납	태아~3세
		전기납, 일시납	태아~19세
	27세만기	5년납	태아~21세
		10년납	태아~16세
		15년납	태아~11세
		20년납	태아~6세
		전기납, 일시납	태아~22세
	30세만기	5년납	태아~22세
		10년납	태아~19세
		15년납	태아~14세
		20년납	태아~9세
		전기납, 일시납	태아~22세
	80세만기 100세만기	10년납, 15년납, 20년납, 25년납, 30년납, 일시납	태아~22세
부양자	5년만기	전기납, 일시납	만15세~ (70-보험기간)세
	6년~10년만기	5년납, 전기납, 일시납	
	11년~15년만기	5년납, 10년납, 전기납, 일시납	
	16년~20년만기	5년납, 10년납, 15년납, 전기납, 일시납	
	21년~30년만기	5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 전기납, 일시납	

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
치아치료 (유치, 영구치)	10세만기	5년납, 전기납, 일시납	태아~4세
	15세만기	5년납, 10년납, 전기납, 일시납	태아~4세
	18세만기	5년납, 10년납, 15년납,	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~4세
	20세만기	5년납, 10년납, 15년납, 전기납, 일시납	태아~4세
	24세만기	5년납, 10년납, 15년납,	태아~4세
		20년납, 전기납, 일시납	태아~3세 태아~4세
	27세만기	5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 전기납, 일시납	태아~4세
	30세만기	5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 전기납, 일시납	태아~4세
	80세만기 100세만기	10년납, 15년납, 20년납, 25년납, 30년납, 일시납	태아~4세
유치보존치료	9세만기	전기납, 일시납	태아~2세
부정교합치료 시력치료 시력교정	10세만기 15세만기 18세만기 20세만기	전기납, 일시납	태아~2세 (보장개시나이:6세)
성조숙증진단	10세만기	5년납, 전기납, 일시납	태아~4세 (보장개시나이:5세)

무배당 국민연금 이디보험(HI 1501)

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
추간판장애수술 (보장개시나이: 8세)	15세만기	전기납, 일시납	태아~10세
	18세만기	전기납, 일시납	태아~13세
	20세만기	전기납, 일시납	태아~15세
	24세만기	5년납	태아~18세
		전기납, 일시납	태아~19세
	27세만기	5년납	태아~21세
		10년납	태아~16세
		전기납, 일시납	태아~22세
	30세만기	5년납	태아~22세
		10년납	태아~29세
80세만기 100세만기	10년납, 15년납, 20년납, 25년납, 30년납, 일시납	태아~22세	
모성사망	부양자	1~12개월만기	19세 ~ 47세
임신·출산질환입원일당(4일이상) 임신·출산질환수술		1~12개월만기	19세 ~ 40세
유산진단, 유산수술, 유산입원일당(4일이상)		1~10개월만기	19세 ~ 40세
어린이12대다발성질환입원일당 (4일이상)(갱신형) 일상생활중배상책임(자녀)(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납 일시납	태아~22세
	<갱신> 3년만기		3세~27세
	<갱신> 1년~2년만기		(갱신종료나이- 보험기간)세
자동차사고별금(갱신형), 자동차사고변호사선임비용(갱신형), 자동차사고면허정지일당(갱신형), 자동차사고면허취소(갱신형), 자동차사고처리지원금 (사망, 중과실, 중상해)(갱신형), 자동차사고처리지원금(중상해)(갱신형) 자동차사고부상(운전자)(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납 일시납	만18세~22세
	<갱신> 3년만기		21세~97세
	<갱신> 1년~2년만기		(갱신종료나이- 보험기간)세

구분	보험기간	보험료납입기간	가입나이
골절진단(갱신형), 5대골절진단(갱신형) 화상진단(갱신형) 상해입원일당(1일이상)(갱신형) 상해수술(갱신형), 골절수술(갱신형) 5대골절수술(갱신형), 화상수술(갱신형) 암진단(갱신형), 뇌졸중진단(갱신형) 급성심근경색증진단(갱신형) 항암방사선약물치료(갱신형) 특정전염병진단(갱신형) 질병입원일당(1일이상)(갱신형) 암직접치료입원일당(4일이상)(갱신형) 질병수술(갱신형), 암수술(갱신형) 일상생활중배상책임(가족)(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납 일시납	태아~22세
	<갱신> 3년만기		3세~97세
	<갱신> 1년~2년만기		(갱신종료나이- 보험기간)세
무배당 실손의료(갱신형)	<최초/갱신> 1년만기		<최초> 태아 ~ 22세 <갱신> 1세 ~ 99세
상해사망(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납 일시납	만15세~22세
	<갱신> 3년만기		18세~97세
	<갱신> 1년~2년만기		(갱신종료나이- 보험기간)세
질병사망(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납 일시납	만15세~22세
	<갱신> 3년만기		18세~77세
	<갱신> 1년~2년만기		(갱신종료나이- 보험기간)세
재진단암진단(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납 일시납	태아~22세
	<갱신> 3년만기		3세~95세
	<갱신> 2년만기		(갱신종료나이- 4)세
	<갱신> 1년만기		(갱신종료나이- 3)세~ (갱신종료나이- 1)세

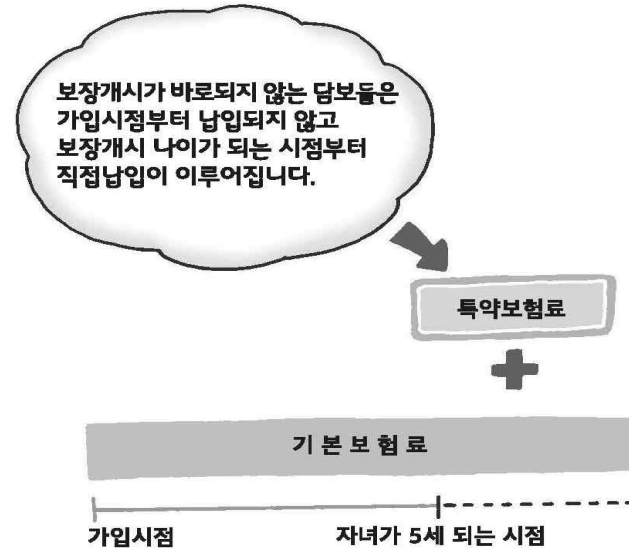
무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501)

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
교통상해후유장해(비운전중) 교통상해후유장해(비탑승중) 교통상해후유장해(대중교통이용중) 자전거탑승중상해후유장해	10세만기	5년납	태아~4세
		전기납, 일시납	태아~5세
상해후유장해(80%이상, 연단위분할지급형) 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 연단위분할지급형) 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 연단위분할지급형) 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 연단위분할지급형)	15세만기	5년납	태아~9세
		10년납 전기납, 일시납	태아~4세 태아~10세
상해후유장해(50%이상, 연단위분할지급형) 교통상해후유장해(비운전중, 50%이상, 연단위분할지급형) 골절진단, 5대골절진단, 화상진단 상해입원일당(1일이상) 상해입원일당(1일이상, 중환자실), 골절수술, 5대골절수술, 화상수술, 상해흉터성형수술 질병후유장해(80%이상, 연단위분할지급형) 질병후유장해(50%이상, 연단위분할지급형) 암진단, 특정암진단, 재진단암진단 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단 뇌혈관질환진단, 허혈성심장질환진단 항암방사선약물치료, 양성뇌종양진단 특정전염병진단, 뇌병변장애진단 질병입원일당(1일이상) 질병입원일당(1일이상, 중환자실) 암직접치료입원일당(4일이상) 피부질환입원일당(4일이상) 식중독입원일당(4일이상) 환경성질환입원일당(1일이상) 생활질환입원일당(1일이상) VDT중추근원일당(1일이상) 암수술, 16대질병수술, 중수염수술, 시정각질환수술 호흡기관련질환수술, 심한상해수술 자동차사고부상(비운전중) 강력범죄피해(사망제외), 폭력피해(사망제외) 김스치료, 의료사고법률비용 일상생활중배상책임(가족) 특정5대질병수술	18세만기	5년납	태아~12세
		10년납 전기납, 일시납	태아~7세 태아~2세 태아~13세
		5년납 10년납 전기납, 일시납	태아~14세 태아~9세 태아~4세 태아~15세
암진단, 특정암진단, 재진단암진단 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단 뇌혈관질환진단, 허혈성심장질환진단 항암방사선약물치료, 양성뇌종양진단 특정전염병진단, 뇌병변장애진단 질병입원일당(1일이상) 질병입원일당(1일이상, 중환자실) 암직접치료입원일당(4일이상) 피부질환입원일당(4일이상) 식중독입원일당(4일이상) 환경성질환입원일당(1일이상) 생활질환입원일당(1일이상) VDT중추근원일당(1일이상) 암수술, 16대질병수술, 중수염수술, 시정각질환수술 호흡기관련질환수술, 심한상해수술 자동차사고부상(비운전중) 강력범죄피해(사망제외), 폭력피해(사망제외) 김스치료, 의료사고법률비용 일상생활중배상책임(가족) 특정5대질병수술	20세만기	5년납	태아~14세
		10년납 전기납, 일시납	태아~9세 태아~4세 태아~15세
		5년납 10년납	태아~18세 태아~13세
		15년납 20년납 전기납, 일시납	태아~8세 태아~3세 태아~19세
암진단, 특정암진단, 재진단암진단 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단 뇌혈관질환진단, 허혈성심장질환진단 항암방사선약물치료, 양성뇌종양진단 특정전염병진단, 뇌병변장애진단 질병입원일당(1일이상) 질병입원일당(1일이상, 중환자실) 암직접치료입원일당(4일이상) 피부질환입원일당(4일이상) 식중독입원일당(4일이상) 환경성질환입원일당(1일이상) 생활질환입원일당(1일이상) VDT중추근원일당(1일이상) 암수술, 16대질병수술, 중수염수술, 시정각질환수술 호흡기관련질환수술, 심한상해수술 자동차사고부상(비운전중) 강력범죄피해(사망제외), 폭력피해(사망제외) 김스치료, 의료사고법률비용 일상생활중배상책임(가족) 특정5대질병수술	24세만기	5년납	태아~21세
		10년납 전기납, 일시납	태아~16세 태아~11세
		15년납 20년납 전기납, 일시납	태아~6세 태아~22세
		5년납 10년납 15년납 20년납 전기납, 일시납	태아~22세 태아~19세 태아~14세 태아~9세 태아~22세
암진단, 특정암진단, 재진단암진단 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단 뇌혈관질환진단, 허혈성심장질환진단 항암방사선약물치료, 양성뇌종양진단 특정전염병진단, 뇌병변장애진단 질병입원일당(1일이상) 질병입원일당(1일이상, 중환자실) 암직접치료입원일당(4일이상) 피부질환입원일당(4일이상) 식중독입원일당(4일이상) 환경성질환입원일당(1일이상) 생활질환입원일당(1일이상) VDT중추근원일당(1일이상) 암수술, 16대질병수술, 중수염수술, 시정각질환수술 호흡기관련질환수술, 심한상해수술 자동차사고부상(비운전중) 강력범죄피해(사망제외), 폭력피해(사망제외) 김스치료, 의료사고법률비용 일상생활중배상책임(가족) 특정5대질병수술	27세만기	5년납	태아~22세
		10년납 15년납 20년납 전기납, 일시납	태아~19세 태아~14세 태아~9세 태아~22세
		5년납 10년납 15년납 20년납 전기납, 일시납	태아~22세 태아~19세 태아~14세 태아~9세 태아~22세
암진단, 특정암진단, 재진단암진단 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단 뇌혈관질환진단, 허혈성심장질환진단 항암방사선약물치료, 양성뇌종양진단 특정전염병진단, 뇌병변장애진단 질병입원일당(1일이상) 질병입원일당(1일이상, 중환자실) 암직접치료입원일당(4일이상) 피부질환입원일당(4일이상) 식중독입원일당(4일이상) 환경성질환입원일당(1일이상) 생활질환입원일당(1일이상) VDT중추근원일당(1일이상) 암수술, 16대질병수술, 중수염수술, 시정각질환수술 호흡기관련질환수술, 심한상해수술 자동차사고부상(비운전중) 강력범죄피해(사망제외), 폭력피해(사망제외) 김스치료, 의료사고법률비용 일상생활중배상책임(가족) 특정5대질병수술	30세만기	5년납	태아~22세
		10년납 15년납 20년납 전기납, 일시납	태아~22세 태아~19세 태아~14세 태아~9세 태아~22세
		5년납 10년납 15년납 20년납 전기납, 일시납	태아~22세 태아~19세 태아~14세 태아~9세 태아~22세
암진단, 특정암진단, 재진단암진단 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단 뇌혈관질환진단, 허혈성심장질환진단 항암방사선약물치료, 양성뇌종양진단 특정전염병진단, 뇌병변장애진단 질병입원일당(1일이상) 질병입원일당(1일이상, 중환자실) 암직접치료입원일당(4일이상) 피부질환입원일당(4일이상) 식중독입원일당(4일이상) 환경성질환입원일당(1일이상) 생활질환입원일당(1일이상) VDT중추근원일당(1일이상) 암수술, 16대질병수술, 중수염수술, 시정각질환수술 호흡기관련질환수술, 심한상해수술 자동차사고부상(비운전중) 강력범죄피해(사망제외), 폭력피해(사망제외) 김스치료, 의료사고법률비용 일상생활중배상책임(가족) 특정5대질병수술	80세만기	10년납, 15년납	태아~22세
		20년납, 25년납	
		30년납, 일시납	

※ 회사가 정하는 인수지침에 의해 피보험자의 가입나이, 건강상태, 과거병력 및 직무 등에 따라 보험가입금액이 제한되거나 가입이 불가능할 수 있습니다.

■ 보험료 납입주기 : 월납, 연납

☞ 시력교정, 추간판장애수술 등 몇가지 보장들은 보장개시가 계약시점부터 바로 되지 않고, 피보험자의 일정나이가 되어야 하는데 보험료는 언제 납입하는 것인가요?



☞ 가입이 제한되는 경우가 있나요?

- ※ 계약체결시점 피보험자의 나이가 만15세 도달 여부에 따라 기본계약 보험금지급사유가 달리 적용되며, 계약체결시점 만15세미만의 피보험자가 보험기간 중에 만15세 이상이 되어도 보험금지급사유가 변경되지 않습니다.
- ※ 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해), 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)(갱신형), 자동차사고처리지원금(중상해) 및 자동차사고처리지원금(중상해)(갱신형) 보장특약은 2개 이상 동시에 부가할 수 없습니다.
- ※ 일상생활중배상책임(가족), 일상생활중배상책임(가족)(갱신형), 일상생활중배상책임(자녀) 및 일상생활중배상책임(자녀)(갱신형) 보장특약은 2개 이상 동시에 부가할 수 없습니다.
- ※ 유산진단 및 유산수술 보장특약은 동시에 부가할 수 없습니다.

**무배당 국민연금 이디보험(HI 1501)**

- ※ 치아치료(유치, 영구치) 및 유치보존치료 보장특약은 동시에 부가할 수 없습니다.
- ※ 5대골절진단 보장특약은 골절진단 보장특약 가입자에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 5대골절진단(갱신형) 보장특약은 골절진단 또는 골절진단(갱신형) 보장특약 가입자에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 5대골절수술 보장특약은 골절수술 보장특약 가입자에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 5대골절수술(갱신형) 보장특약은 골절수술 또는 골절수술(갱신형) 보장특약 가입자에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 특정암진단 보장특약은 암진단 보장특약이 부가된 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 재진단암진단 보장특약은 암진단 보장특약이 부가된 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 재진단암진단(갱신형) 보장특약은 암진단 또는 암진단(갱신형) 보장특약이 부가된 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 출생 전 자녀(태아)를 피보험자로 하여 심한상해수술 보장특약을 가입하는 경우, 상해수술(갱신형) 보장특약이 부가된 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ※ 출생 전 자녀(태아)를 피보험자로 하여 아래의 보장특약을 가입하는 경우, 신생아질환입원일당(4일이상), 질병입원일당(1일이상) 또는 질병입원일당(1일이상)(갱신형) 보장특약 중 1개 이상의 보장특약이 부가된 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.

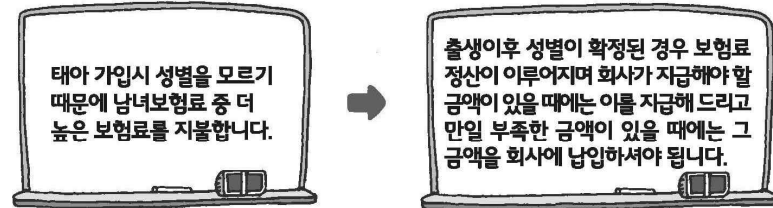
구분	대상특약
질병관련 특별약관	어린이12대다발성질환입원일당(갱신형) 자녀10대질환입원일당 암직접치료입원일당(4일이상) 암직접치료입원일당(4일이상)(갱신형) 피부질환입원일당(4일이상) 식중독입원일당(4일이상) 환경성질환입원일당(1일이상) 생활질환입원일당(1일이상) VDT중추근입원일당(1일이상) 희귀난치성질환입원일당(4일이상)

- ※ 출생 전 자녀(태아)를 피보험자로 하여 아래의 보장특약을 가입하는 경우, 질병수술(갱신형) 보장특약이 부가된 경우에 한하여 부가할 수 있습니다.

구분	대상특약
질병관련 특별약관	자녀10대질환수술, 16대질환수술 암수술, 암수술(갱신형) 소아탈장수술, 추간판장애수술 모야모야병개두수술, 충수염수술 시정각질환수술, 호흡기관련질환수술, 희귀난치성질환수술, 특정5대질환수술

- ※ 자동차사고별금, 자동차사고별금(갱신형), 자동차사고변호사선임비용, 자동차사고변호사선임비용(갱신형), 자동차사고면허정지일당, 자동차사고면허정지일당(갱신형), 자동차사고면허취소, 자동차사고면허취소(갱신형), 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해), 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)(갱신형), 자동차사고처리지원금(중상해), 자동차사고처리지원금(중상해)(갱신형), 자동차사고부상(운전자) 및 자동차사고부상(운전자)(갱신형) 보장특약은 자동차 운전자에 한하여 부가 가능합니다.
- ※ 자동차사고면허정지일당, 자동차사고면허정지일당(갱신형), 자동차사고면허취소 및 자동차사고면허취소(갱신형) 보장특약은 영업용 운전자에 한하여 부가 가능합니다.
- ※ 보통약관 가입시점과 최초 보장개시시점이 다른 특약
  - 1) 추간판장애수술 보장특약  
피보험자의 보험나이가 8세 이전 가입자에 한하여, 특약의 보장개시는 8세 계약해당일에 보장을 개시하며, 보장개시 시점에 해당특약 보장을 위한 추가적인 보험료를 납입합니다.
  - 2) 시력교정, 시력치료 및 부정교합치료 보장특약  
특약의 보장개시는 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일에 보장을 개시하며, 보장개시 시점에 해당특약 보장을 위한 추가적인 보험료를 납입합니다.
  - 3) 성조숙증진단 보장특약  
특약의 보장개시는 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일에 보장을 개시하며, 보장개시 시점에 해당특약 보장을 위한 추가적인 보험료를 납입합니다.

▷ 태아보험을 가입한 경우 어떤 성별을 기준으로 보험료가 계산 되나요?



- ※ 모성당보(모성사망보장 등) 가입자에 한하여 임신기간이 길어질 경우 부족한 금액이 발생할 수 있습니다.



나. 상품의 특이사항

1) 어린이 전용보험

2) 적용이율

- 보장부분 적용이율 : 3.5%
- 적립부분 적용이율 : 보장성 공시이율III  
단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%

3) 보험기간, 보험료 납입기간, 가입나이, 보험료 납입주기에 관한 사항

: '1. 가입자격제한 등 상품별 특이사항'의 '가. 가입자격제한'의 내용과 같이 적용하며, 각 특약의 보험기간은 해당 피보험자의 기본계약 보험기간을 초과할 수 없습니다.

4) 만기환급금 및 중도인출금 지급

■ 만기환급금

회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 만기환급금은 적립순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 공시이율로 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

■ 중도인출금

회사는 보장개시일부터 2년이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매 보험년도마다 1회에 한하여 중도인출금을 지급합니다. 중도인출금은 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있으며, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다. 중도인출금을 지급받은 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금액을 차감합니다. 중도인출시 기본계약 적립부분 책임준비금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.

☞ 중도인출이 가능한 상품이어서 보험계약대출이 아닌 중도인출을 이용하였는데, 왜 만기환급금이 달라지나요?



5) 보험료의 차등적용에 관한 사항

- 가) 보험료 자동이체에 따른 보험료 할인
  - (1) 적용대상 : 보험료가 금융기관 자동이체, 급여이체 등을 통하여 납입되는 계약
  - (2) 할인금액 : 영업보험료의 0.5% 할인

나) 다자녀가정에 대한 보험료 할인

- (1) 적용대상 : 가족관계등록부상 기본계약 피보험자의 형제·자매(본인 포함)가 2명 이상인 경우에 적용합니다.
- (2) 할인금액 : 본인을 포함한 형제·자매 수에 따라 아래에 정한 할인율을 적용합니다.

형제·자매 수	할인율
2명	1%
3명이상	3%

- (3) 할인적용 : 할인대상에 해당하여 계약자가 회사에 다음과 같이 신청하는 경우에 적용합니다.
  - (가) 가입시 신청 : 초회보험료부터 할인율을 적용하여 영수합니다.
  - (나) 가입후 신청 : 관련된 증빙서류가 접수되어 회사가 이를 승인한 날 이후에 납입하는 영업보험료부터 할인율을 적용하여 영수합니다. 단, 접수시점에 계약의 효력이 상실되어 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)한 이후에 납입할 보험료부터 할인율을 적용합니다.
- (4) 제출 증빙서류 : 가족관계증명서 또는 가족관계가 정확히 표기된 주민등록등본

**무배당 국민건강인ici보험(HI1501)**

- 다) 무배당 실손의료(갱신형)보장 특약의 표준화 실손의료비보장 안정화 할인
- (1) 적용대상 : 피보험자가 무배당 실손의료(갱신형)보장 특약에 가입한 경우
    - ※ 단, 2015년 1월 1일부터 12월 31일 사이에 체결된 계약에 한함
  - (2) 적용기간 : 계약체결일부터 1년
  - (3) 할인금액 : 무배당 실손의료(갱신형)보장 특약 납입보험료의 5.1% 할인 적용

- 라) 무배당 실손의료(갱신형)보장 특약의 의료급여 수급권자 보험료 할인
- (1) 적용대상 : 피보험자가 의료급여법에서 정한 수급권자인 경우
  - (2) 할인금액 : 무배당 실손의료(갱신형)보장 특약 납입보험료의 5.0% 할인 적용

**6) 자동갱신 운영에 관한 사항**

가) 자동갱신 적용대상

구 분	보험기간 (갱신주기)	보험료 납입형태
상해사망(갱신형), 골절진단(갱신형), 5대골절진단(갱신형), 화상진단(갱신형), 상해입원일당(1일이상)(갱신형), 상해수술(갱신형), 골절수술(갱신형), 5대골절수술(갱신형), 화상수술(갱신형), 질병사망(갱신형), 암진단(갱신형) 재진단암진단(갱신형), 뇌졸중진단(갱신형), 급성심근경색증진단(갱신형), 항암방사선약물치료(갱신형), 특정전염병진단(갱신형), 질병입원일당(1일이상)(갱신형) 암직접치료입원일당(4일이상)(갱신형), 어린이12대다발성질병입원일당(4일이상)(갱신형), 질병수술(갱신형), 암수술(갱신형), 자동차사고별금(갱신형), 자동차사고변호사선임비용(갱신형), 자동차사고면허정지일당(갱신형), 자동차사고면허취소(갱신형), 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)(갱신형) 자동차사고처리지원금(중상해)(갱신형), 자동차사고부상(운전자)(갱신형) 일상생활중배상책임(가족)(갱신형), 일상생활중배상책임(자녀)(갱신형) 보장특약	<최초계약> 3년만기 <갱신계약> 1-3년만기	해당 특별약관 보험료 별도납입
무배당 실손의료(갱신형) 보장특약	1년 (최대 14회)	

나) 갱신의 운용에 관한 사항

- (1) 회사는 갱신대상 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일전까지 보험계약자가 납입하여야 하는 해당 피보험자별 갱신대상 보장특약의 갱신보험료를 서면으로 안내합니다.
- (2) 갱신대상 보장특약의 보험기간 종료일의 전일까지 보험계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장특약을 자동으로 갱신합니다.
- (3) 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 적용합니다. 갱신시점에서 갱신종료 나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신대상 보장특약의 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다. 단, 재진단암진단(갱신형) 보장특약은 [갱신종료나이-2]세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신대상 보장특약의 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 [갱신종료나이-2]세 이상인 경우 갱신계약의 보험기간은 1년으로 합니다.
- (4) 갱신대상 보장특약의 갱신종료 나이는 기본계약의 보험기간 이내로 하며, 갱신대상 보장특약별로 갱신 가능한 최대 나이는 아래와 같습니다.

구 분	갱신종료 나이
어린이12대다발성질병입원일당(4일이상)(갱신형) 일상생활중배상책임(자녀)(갱신형)	10세, 15세, 18세, 20세, 24세, 27세, 30세
질병사망(갱신형)	18세, 20세, 24세, 27세, 30세, 80세
상해사망(갱신형), 무배당 실손의료(갱신형)	18세, 20세, 24세, 27세, 30세, 80세, 100세
자동차사고별금(갱신형), 자동차사고변호사선임비용(갱신형), 자동차사고면허정지일당(갱신형), 자동차사고면허취소(갱신형) 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)(갱신형) 자동차사고처리지원금(중상해)(갱신형), 자동차사고부상(운전자)(갱신형)	80세, 100세
골절진단(갱신형), 5대골절진단(갱신형), 화상진단(갱신형), 상해입원일당(1일이상)(갱신형), 상해수술(갱신형), 골절수술(갱신형), 5대골절수술(갱신형), 화상수술(갱신형), 암진단(갱신형), 재진단암진단(갱신형), 뇌졸중진단(갱신형), 급성심근경색증진단(갱신형), 항암방사선약물치료(갱신형), 특정전염병진단(갱신형), 질병입원일당(1일이상)(갱신형), 암직접치료입원일당(4일이상)(갱신형), 질병수술(갱신형), 암수술(갱신형), 영구치발치치료(갱신형), 일상생활중배상책임(가족)(갱신형)	10세, 15세, 18세, 20세, 24세, 27세, 30세, 80세, 100세

- (5) (3) 및 (4)에도 불구하고 재진단암진단(갱신형) 보장특약은 피보험자가 [갱신종료나이-2]세 이전까지 암진단 보장특약 또는 암진단(갱신형) 보장특약 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우, [갱신종료나이-2]세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않습니다.
- (6) 회사는 갱신계약에 대하여 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

다) 갱신계약 약관 및 갱신계약 보험료의 적용

- (1) 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.
- (2) 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등을 반영하여 산출합니다.

라) 무배당 실손의료(갱신형)보장특약 재가입에 관한 사항

- (1) 재가입 종료나이 : 재가입을 통해 보장받을 수 있는 최대 연령은 100세로 합니다.
- (2) 재가입 주기(보장내용 변경주기) : 15년
- (3) 재가입 나이

구 분			재가입나이
무배당 실손의료 (갱신형) 보장특약	상해입원실손의료(갱신형)보장 상해통원실손의료(갱신형)보장 질병입원실손의료(갱신형)보장 질병통원실손의료(갱신형)보장	재가입시계약	15 ~ 99세
		갱신후계약	16 ~ 99세

- (4) 보험계약자의 재가입 여부를 확인할 수 있도록 등기우편 또는 전화(녹취) 방식으로 안내하고, 재가입일 전일까지 보험계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다.
- (5) 재가입시 관련법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장범위 및 자기부담금 등이 변경될 수 있으며, 재가입 절차는 회사가 정한 방법에 따릅니다.
- (6) 이 계약의 자동갱신종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다. 다만, 재가입 계약이 직전계약보다 보장내용 및 범위 등이 확대된 내용에 대해 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙거절을 할 수 있으며, 승낙거절시에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 가입조건외의 보험 계약으로 재가입이 가능합니다.
- (7) 재가입일은 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 이내이어야 합니다.

마) 무배당 실손의료(갱신형)보장특약 자기부담금(공제비율)의 선택에 관한 사항

■ 계약자는 표준형과 선택형 중 하나를 선택하여야 하며, 보장내용별로 동시에 부가할 수 없습니다.

7) 계약전환 제도특약의 운영에 관한 사항

가) 특약의 개요  
보험계약자의 신청에 따라 피보험자가 보험기간 만기시점에 보험기간 연장 및 보장 변경을 위하여 계약을 변경하는 제도특약

나) 대상계약  
15세만기, 18세만기, 20세만기, 24세만기, 27세만기, 30세만기의 계약 중 보험기간 종료시까지 유효한 계약

- 다) 안내 및 신청
- (1) 회사는 계약전환 이전 계약의 보험기간이 종료되기 1개월 이전까지 계약전환에 관한 사항을 서면으로 계약자에게 안내합니다.
  - (2) 계약자는 계약전환 이전 계약의 보험기간 종료일 전일까지 계약전환을 신청할 수 있습니다.

- 라) 운용
- (1) 계약전환 이전 계약의 보험기간 종료일을 기준으로 계약전환 이전 계약의 만기 환급금을 전환계약의 일시납보험료로 대체하며, 순수보장성보험으로 운영합니다.
  - (2) 계약전환 이전 계약의 만기환급금이 전환계약의 일시납보험료를 충당할 수 없는 경우 그 초과액을 추가로 납입하여 전환합니다.
  - (3) 갱신형으로 운영되는 특약을 부가하는 경우에는 해당 특약의 보험료는 납입기간 동안 계속 납입해야 합니다.

마) 계약전환 제도특약에 관한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

※ 사망을 담보로 하는 보험(기본계약 또는 선택계약) 상품의 경우, 해당 보험(기본 계약 또는 선택계약)의 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.

8) 계약분리 제도특약의 운영에 관한 사항

계약분리 제도특약은 2인 이상의 피보험자가 가입되어 있는 유효한 계약에 대하여 2개 이상의 계약으로 분리하는 경우에 적용합니다.  
다만, 계약자의 계약분리신청서에 의한 신청이 있어야하며, 회사가 승낙하는 경우에만 이루어집니다.

2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

가. 보험금 지급사유 및 지급금액

※ 지급사유, 지급금액 등 구체적인 내용은 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

< 기본계약 >

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
최초 가입시 만15세 미만	상해 후유장해	상해로 80%이상 후유장해시	가입금액
		상해로 80%미만 후유장해시	가입금액 × 후유장해지급률
최초 가입시 만15세 이상	상해사망 후유장해	상해로 사망시	가입금액
		상해로 80%이상 후유장해시	가입금액
		상해로 80%미만 후유장해시	가입금액 × 후유장해지급률

※ 계약체결시점 피보험자의 나이가 만15세 도달 여부에 따라 기본계약 보험금지급사유가 달리 적용되며, 계약체결시점 만15세미만의 피보험자가 보험기간 중에 만15세 이상이 되어 도 보험금지급사유가 변경되지 않습니다.

< 선택계약 >

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 관 련 보 장	상해사망	상해로 사망시	특약가입금액
	상해사망(갱신형)		
	교통상해후유장해 (비운전중)	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시	특약가입금액
		비운전중 교통사고로 발생한 상해로 80%미만 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률
	교통상해후유장해 (비탑승중)	비탑승중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시	특약가입금액
		비탑승중 교통사고로 발생한 상해로 80%미만 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률
	교통상해후유장해 (대중교통이용중)	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시	특약가입금액
		대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 80%미만 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액					
상 해 관 련 보 장	자전거탑승중 상해후유장해	자전거 탑승중 사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시	특약가입금액				
		자전거 탑승중 사고로 발생한 상해로 80%미만 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률				
	상해후유장해 (80%이상)	상해로 80%이상 후유장해시	특약가입금액				
	상해후유장해 (80%이상, 연단위분할지급형)	상해로 80%이상 후유장해시	<table border="1"> <tr><th>지급금액</th></tr> <tr><td>해당 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)</td></tr> <tr><th>1회 지급액</th></tr> <tr><td>해당 특약 보험가입금액의 10% 해당액</td></tr> </table>	지급금액	해당 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	1회 지급액	해당 특약 보험가입금액의 10% 해당액
	지급금액						
	해당 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)						
	1회 지급액						
	해당 특약 보험가입금액의 10% 해당액						
	교통상해후유장해 (비운전중, 80%이상, 연단위분할지급형)	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시					
	교통상해후유장해 (비탑승중, 80%이상, 연단위분할지급형)	비탑승중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시					
교통상해후유장해 (대중교통이용중, 80%이상, 연단위분할지급형)	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시						
상해후유장해 (50%이상, 연단위분할지급형)	상해로 50%이상 후유장해시						
교통상해후유장해 (비운전중, 50%이상, 연단위분할지급형)	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 50% 이상 후유장해시						
골절진단 골절진단(갱신형)	상해로 골절(치아파절제외) 진단 확정된 경우	특약가입금액					
	5대골절진단	5대골절(머리의 으깬손상, 목/흉추/요추/골반/대퇴골 골절, 흉추의 다발골절)로 진단 확정된 경우	특약가입금액				
화상진단 화상진단(갱신형)	심재성 2도 이상의 화상으로 진단 확정된 경우	특약가입금액					
	중증화상/부식진단	상해로 중증 화상 및 부식으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)				

구분	지급 사유	지급 금액	
상 해 관 련 보 장	상해입원일당 (1일이상)	상해로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해입원일당 (1일이상)(갱신형)		
	상해입원일당 (1일이상,중환자실)	상해로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해수술(갱신형)	상해로 수술을 받은 경우	특약가입금액
	골절수술	상해로 골절로 진단 확정되어 수술을 받은 경우	특약가입금액
	골절수술(갱신형)		
	5대골절수술	상해로 5대골절로 진단 확정되어 수술을 받은 경우	특약가입금액
	5대골절수술(갱신형)		
	화상수술	심재성 2도 이상의 화상으로 진단 확정되어 수술을 받은 경우	특약가입금액
	화상수술(갱신형)		
심한상해수술	심한상해(약관에서 정한 신경 또는 장기에 손상 발생)로 수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)	
중대한 특정상해수술	상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우	특약가입금액	
상해흉터성형수술	상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 원상회복을 목적으로 2년이내에 성형수술을 받은 경우	안면부 : 수술 1cm당 14만원 상지, 하지 : 수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상에 한함) ※ 최고 500만원 한도	
뇌·내장손상수술	상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)	
질 병 관 련 보 장	질병사망	질병으로 사망시	특약가입금액
	질병사망(갱신형)		
	모성사망	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병으로 사망시	특약가입금액

구분	지급 사유	지급 금액	
질 병 관 련 보 장	질병후유장해 (80%이상)	질병으로 80%이상 후유장해시	특약가입금액
	질병후유장해 (80%이상, 연단위분할지급형)	질병으로 80%이상 후유장해시	지급금액 해당 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)
			1회 지급액 해당 특약 보험가입금액의 10% 해당액
	질병후유장해 (50%이상, 연단위분할지급형)	질병으로 50%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)
	암진단	'기타피부암/갑상선암/대장점막내암 이외의 암' 으로 진단 확정된 경우	
		기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	암진단(갱신형)	'기타피부암/갑상선암/대장점막내암 이외의 암' 으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 10% (각각 최초 1회한)
	특정암진단	특정암으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	다발성소아암진단	다발성 소아암으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	소아백혈병진단	소아백혈병으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	재진단암진단	재진단암 보장개시일 이후 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 제외)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액
	재진단암진단 (갱신형)		

구분	지급 사유	지급 금액	
질병관련 보장	뇌졸중진단	뇌졸중으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
	뇌졸중진단(갱신형)	뇌졸중으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
	뇌혈관질환진단	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
	급성심근경색증진단	급성심근경색증으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	급성심근경색증진단 (갱신형)		
	허혈성심장질환진단	허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	항암방사선 약물치료	암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	항암방사선 약물치료(갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우		특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)	

구분	지급 사유	지급 금액	
질병관련 보장	질병특정고도장해	질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 질병특정고도장해로 판정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	말기신부전증진단	말기신부전증으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	양성뇌종양진단	양성뇌종양으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심장관련 소아특정질병진단	심장관련 소아특정질병으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	중대한재생불량성 빈혈진단	중대한 재생불량성 빈혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	특정전염병진단	약관에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병 환자로 진단받은 경우	특약가입금액
	특정전염병진단 (갱신형)		
	중증세균성 수막염진단	중증 세균성 수막염으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	인슐린의존 당뇨병진단	인슐린의존 당뇨병으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	성조숙증진단	성조숙증으로 진단 확정된 경우 ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아장해출생진단	피보험자(신생아)가 저체중아(2.0kg이하)로 출생한 경우	특약가입금액의 1% (최초 1회한)
		피보험자(신생아)에게 약관에서 정한 장해가 발견된 경우	특약가입금액의 10% (최초 1회한)
		피보험자(신생아)에게 약관에서 정한 심한장해가 발견된 경우	특약가입금액의 100% (최초 1회한)
	유산진단	유산으로 진단 확정된 경우	특약가입금액
	질병입원일당 (1일이상)	질병으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
질병입원일당 (1일이상)(갱신형)			
질병입원일당 (1일이상, 중환자실)	질병으로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)	

구분	지급 사유	지급 금액	
질병 관련 보장	암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)	
	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액의 20% (120일 한도)	
	암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외)의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)	
	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액의 20% (120일 한도)	
	피부질환의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)	
	음식물의 섭취로 식중독이 발생하여 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)	
	어린이12대다발성 질환입원일당 (4일 이상)(갱신형)	어린이12대다발성질환의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	자녀10대질환 입원일당(4일 이상)	자녀10대질환의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	환경성질환입원일당 (1일 이상)	환경성질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)

구분	지급 사유	지급 금액	
질병 관련 보장	생활질환입원일당 (1일 이상)	생활질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	VDT중후군입원일당 (1일 이상)	VDT중후군의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	희귀난치성질환 입원일당 (4일 이상)	희귀난치성질환으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	선천이상입원일당 (1일 이상)	선천이상의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	저체중아입원일당 (3일 이상)	피보험자(신생아)가 미숙아(2.5kg이하)로 출생하여 3일 이상 인큐베이터를 이용한 경우	3일째 사용일부터 사용 1일당 특약가입금액 (60일 한도)
	신생아질병입원일당 (4일 이상)	피보험자(신생아)가 출생전후기 질병을 원인으로 출생후 1년내에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	임신·출산질환 입원일당 (4일 이상)	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 임신·출산질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	유산입원일당 (4일 이상)	부양자(母)가 유산으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)

구분	지급사유	지급금액
질병관련보장	질병수술(갱신형)	질병으로 수술을 받은 경우 특약가입금액
	암수술	암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외) 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
		기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액의 20%
	암수술(갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 제외) 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
		기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액의 20%
	조혈모세포이식수술	수혜자로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 조혈모세포이식시술을 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	16대질병수술	16대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	특정5대질병수술	4대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액의 300%
		치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	총수염수술	총수염의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
시정각질환수술	시정각질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액	

구분	지급사유	지급금액
질병관련보장	호흡기관련질병수술	호흡기관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	자녀10대질병수술	자녀10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	소아탈장수술	탈장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	추간판장애수술	추간판장애의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 ※ 보험나이 8세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 8세 계약해당일임 수술 1회당 특약가입금액
	모아모아병개두수술	모아모아병의 치료를 직접적인 목적으로 개두수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	희귀난치성질환수술	희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	어린이개흉심장수술	개흉심장수술을 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	어린이심장시술	심장시술을 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	선천이상수술	선천이상으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	선천이상수술(허유착증제외)	선천이상(허유착증 제외)으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	임신·출산질환수술	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 임신·출산질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액
	유산수술	부양자(母)가 유산으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 특약가입금액



구 분	지급 사유	지급 금액	
상 해 및 질 병 관 련 보 장	3대장애진단	3대장애(시각장애/청각장애/언어장애) 중 하나 이상의 장애가 발생하고 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 장애인이 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	4대장애진단	4대장애(시각장애/청각장애/언어장애/지체장애)중 하나 이상의 장애가 발생하고 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 장애인이 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	정신적장애진단	정신적 장애 중 하나 이상의 장애가 발생하여 1급, 2급 또는 3급 장애인이 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	뇌병변장애진단	뇌병변장애로 1급 내지 3급의 뇌병변장애인이 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		뇌병변장애로 1급 내지 6급의 뇌병변장애인이 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	정신및행동장애입원 (4일이상)	정신및행동장애로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	특약가입금액
	장기이식수술	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 5대장기(간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장)에 대한 장기이식수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	각막이식수술	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 각막이식수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	김스치료	상해 또는 질병으로 김스치료를 받은 경우	치료 1회당 특약가입금액

구 분	지급 사유	지급 금액	
비 용 손 해 관 련 보 장	자동차사고벌금	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 벌금형을 받은 경우	벌금액(2,000만원 한도)
	자동차사고벌금 (갱신형)		
	자동차사고 변호사선임비용	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속되거나 기소된 경우 (약식기소 제외)	변호사선임비용 (특약가입금액 한도)
	자동차사고 변호사선임비용 (갱신형)		
	자동차사고 면허정지일당	자동차 운전중 사고로 면허정지된 경우	면허정지 1일당 특약가입금액 (60일 한도)
	자동차사고 면허정지일당 (갱신형)		
	자동차사고 면허취소	자동차 운전중 사고로 면허취소된 경우	특약가입금액
	자동차사고 면허취소(갱신형)		

구분	지급 사유	지급 금액																			
비용 손해 보장	자동차사고 처리지원금 (사망, 중과실, 중상해)	각 사고별 해당금액을 한도로 피보험자가 지급한 형사합의금을 실손비례보상함																			
	자동차사고 처리지원금 (사망, 중과실, 중상해) (갱신형)		사망 3,000만원																		
	자동차사고 처리지원금 (중상해)		중대법규 위반 교통사고 42일~69일 진단시: 1,000만원 69일~139일 진단시: 2,000만원 140일 이상 진단시: 3,000만원																		
	자동차사고 처리지원금 (중상해)	중상해 또는 상해1~3급 부상시	3,000만원																		
	자동차사고 처리지원금 (중상해)	자동차 운전중 “일반교통사고”로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀제외)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해1~3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 3,000만원 한도로 실손비례보상																		
	자동차사고 처리지원금 (중상해) (갱신형)	자동차 운전중 “일반교통사고”로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀제외)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해1~3급에 해당하는 부상을 입힌 경우																			
	자동차사고부상 (운전자)	교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	< 가입금액 1,000만원 기준 >																		
자동차사고부상 (운전자) (갱신형)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>상해급수</th> <th>지급금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1급</td><td>1,000만원</td></tr> <tr><td>2급</td><td>500만원</td></tr> <tr><td>3급</td><td>300만원</td></tr> <tr><td>4급</td><td>300만원</td></tr> <tr><td>5급</td><td>150만원</td></tr> <tr><td>6급</td><td>80만원</td></tr> <tr><td>7급</td><td>40만원</td></tr> <tr><td>8~11급</td><td>20만원</td></tr> <tr><td>12~14급</td><td>10만원</td></tr> </tbody> </table>		상해급수	지급금액	1급	1,000만원	2급	500만원	3급	300만원	4급	300만원	5급	150만원	6급	80만원	7급	40만원	8~11급	20만원	12~14급
상해급수	지급금액																				
1급	1,000만원																				
2급	500만원																				
3급	300만원																				
4급	300만원																				
5급	150만원																				
6급	80만원																				
7급	40만원																				
8~11급	20만원																				
12~14급	10만원																				
자동차사고부상 (비운전자)	비운전자 교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	※ 상해급수는 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 부상등급을 말함																			

구분	지급 사유	지급 금액	
비용 손해 보장	자동차사고 (스쿨존내 교통사고)	스쿨존내 교통사고로 인한 상해를 입은 경우	특약가입금액
	유과·납치·불법감금피해	타인에 의해 유과, 납치, 불법감금 등으로 억류 상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출, 억류해제 되지 않은 경우	신고 시점부터 1일당 특약가입금액 (90일 한도)
	미성년성폭력 범죄피해	성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 경찰의 처분 결정이 내려진 경우	특약가입금액
	강력범죄피해 (사망제외)	일상생활중 강력범죄에 의하여 신체에 피해를 입은 경우(단, 상해, 폭행, 폭력 등의 경우 1개월을 초과하는 치료를 요하는 경우)	특약가입금액
	폭력피해 (사망제외)	폭력피해에 의하여 신체에 피해가 발생하였을 경우	특약가입금액
	부정교합치료	2세 이전에 가입한 피보험자가 6세 이후에 Angle씨 부정교합(不正咬合) 분류법의 II급 또는 III급으로 치과의사에 의하여 판정받고 그로 인하여 교정치료가 필요하다는 치과의사의 진단이 있는 경우(단, 단순치열교정은 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)

구 분		지급 사유	지급 금액	
비용 손해 보장	시력치료	2세 이전에 가입한 피보험자가 6세 이후에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25디옵터(Diopter) 이상의 고도근시 또는 +4.25(Diopter) 이상의 고도원시로 판정되었을 경우(단, 난시의 굴절도는 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)	
	시력교정	2세 이전에 가입한 피보험자가 6세 이후에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 ± 2 디옵터(Diopter) 이상의 굴절이상으로 판정되었을 경우(단, 난시의 굴절도는 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일임	특약가입금액(최초 1회한)	
	유치 보존치료	치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)으로 유치에 보존치료를 받은 경우	아말감, 글래스아이오노머 수복	치아당 보장가입금액
		복합레진 수복	치아당 보장가입금액	
		인레이 · 온레이	치아당 보장가입금액	
		크라운	치아당 보장가입금액 (연간 3개한도)	

구 분		지급 사유	지급 금액	
비용 손해 보장	유치 보존 치료	치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)으로 유치에 보존치료를 받은 경우	아말감, 글래스아이오노머 수복	치아당 특약가입금액의 5%
			복합레진 수복	치아당 특약가입금액의 25%
			인레이 · 온레이	치아당 특약가입금액의 50%
			크라운	치아당 특약가입금액의 50% (연간 3개한도)
	영구치 보존 치료	치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)으로 영구치에 보존치료를 받은 경우	아말감, 글래스아이오노머 수복	치아당 특약가입금액의 10%
			복합레진 수복	치아당 특약가입금액의 50%
			인레이 · 온레이	치아당 특약가입금액의 100%
			크라운	치아당 특약가입금액의 100% (연간 3개한도)
	영구치 보철 치료	치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 외상으로 영구치를 발치하고 발치한 부위에 보철치료를 받은 경우	가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 특약가입금액의 1000% (연간 1회한도)
			고정성 가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발치 1개당 특약가입금액의 500% (연간 3개 한도)
			임플란트 (Implant)	영구치발치 1개당 특약가입금액의 500% (연간 3개 한도)
	영구치 발치 치료	치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 외상 등에 의하여 영구치아를 상실한 경우	상실영구치 1개당 특약가입금액	

무배당 국민건강보험(HI 1501)

구분		지급 사유	지급 금액
비용 손해 보장	의료사고 법률비용	의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우	변호사 착수금의 80% 해당액으로 1사고당 특약가입금액 한도 (단, 1심에 한함)
	일상생활중 배상책임(가족)	부양자 본인 및 가족이 일상생활 중 타인의 신체에 장애 또는 재물에 손해를 입힘으로써 법률상의 배상책임을 부담하는 경우	1억원한도 실손보상 (자기부담금 : 보험증권에 기재된 금액)
일상생활중 배상책임(가족) (갱신형)			
배상 책임 관련 보장	일상생활중 배상책임(자녀)	피보험자가 약관에서 정한 우연한 사고로 타인의 신체에 장애 또는 재물의 손해를 입힘으로써 법률상의 배상책임을 부담하는 경우	1억원한도 실손보상 (자기부담금 : 보험증권에 기재된 금액)
	일상생활중 배상책임(자녀) (갱신형)		

구분		지급 사유	지급 금액		
무 배 당	상 해 입 원 실 손 의 료 (갱 신 형) 보 장	표 준 형	상해로 입원하여 치료를 받은 경우(자동차보험, 산재보험 처리분 제외)	<p><b>&lt;입원실료, 입원제비용, 수술비&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(상급병실료차액 제외)의 80% 해당액 (단, 20%해당액이 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)</p> <p><b>&lt;상급병실료 차액&gt;</b> 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액 (단, 1일 평균금액 10만원 한도) *1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액</p>	하나의 상해당 보장가입금액 한도(최초입원일로부터 365일 한도)
			선 택 형	상해로 입원하여 치료를 받은 경우(자동차보험, 산재보험 처리분 제외)	

구	분	지급 사유	지급 금액
무 배 당 실 수 의 료 (갱 신 형)	상 해 통 원 실 수 의 료 (갱 신 형) 보 장  예 특 전	상해로 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받는 경우(자동차보험, 산재보험 처리분 제외)	<b>&lt;외래&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 방문 1회당 약관에서 정한 공제금액(의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액)을 차감한 금액  방문 1회당 보장 가입금액 한도 (매년 계약해당일로부터 1년간 180회 한도)
			<b>&lt;처방조제비&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 공제한 금액  처방전 1건당 보장 가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180건 한도)
무 배 당 실 수 의 료 (갱 신 형)	상 해 통 원 실 수 의 료 (갱 신 형) 보 장  예 특 전	상해로 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받는 경우(자동차보험, 산재보험 처리분 제외)	<b>&lt;외래&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 방문 1회당 약관에서 정한 공제금액(의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원)을 차감한 금액  방문 1회당 보장 가입금액 한도 (매년 계약해당일로부터 1년간 180회 한도)
			<b>&lt;처방조제비&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원을 공제한 금액  처방전 1건당 보장 가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180건 한도)

구	분	지급 사유	지급 금액
무 배 당 실 수 의 료 (갱 신 형)	질 병 입 원 실 수 의 료 (갱 신 형) 보 장  예 특 전	약관에서 정한 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우(산재보험 처리분 제외)	<b>&lt;입원실료, 입원제비용, 수술비&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(상급병실료차액 제외)의 80% 해당액 (단, 20%해당액이 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)  하나의 질병당 보장 가입금액 한도 (최초입원일로부터 365일 한도)
			<b>&lt;상급병실료 차액&gt;</b> 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(단, 1일 평균금액 10만원 한도) *1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액
무 배 당 실 수 의 료 (갱 신 형)	질 병 입 원 실 수 의 료 (갱 신 형) 보 장  예 특 전	약관에서 정한 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우(산재보험 처리분 제외)	<b>&lt;입원실료, 입원제비용, 수술비&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(상급병실료차액 제외)의 90% 해당액 (단, 10%해당액이 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)  하나의 질병당 보장 가입금액 한도 (최초입원일로부터 365일 한도)
			<b>&lt;상급병실료 차액&gt;</b> 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(단, 1일 평균금액 10만원 한도) *1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액

구분		지급 사유	지급 금액	
무배당	질병통원실손의료(갱신형) 보장	표준형 약관에서 정한 질병으로 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(산재보험 처리분 제외)	<b>&lt;외래&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 방문 1회당 약관에서 정한 공제금액(의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액)을 차감한 금액	방문 1회당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180회 한도)
			<b>&lt;처방조제비&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 공제한 금액	처방전 1건당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180건 한도)
실손의료(갱신형)	선택형	약관에서 정한 질병으로 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(산재보험 처리분 제외)	<b>&lt;외래&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 방문 1회당 약관에서 정한 공제금액(의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원)을 차감한 금액	방문 1회당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180회 한도)
			<b>&lt;처방조제비&gt;</b> 국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원을 공제한 금액	처방전 1건당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180건 한도)

■ 주요 용어 해설

- 상해입원실손의료, 질병입원실손의료**
  - 입원실료 : 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실)사용료, 환자관리료, 식대
  - 입원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
  - 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
  - 상급병실료차액 : 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료차액
- 상해통원실손의료, 질병통원실손의료**
  - 외래제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
  - 외래수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
  - 처방조제비 : 약국의 처방조제비, 약사의 직접조제비
- 발달성 소아암** : 백혈병, 뇌/중추신경계암, 악성림프종
- 중증 화상/부식** : 신체표면적 20% 이상의 3도 화상 및 부식
- 3대장애** : 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애, 청각장애, 언어장애
- 4대장애** : 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지체장애
- 심장관련 소아특정질병** : 심장합병증을 동반한 가와사키병 및 판막손상을 동반한 류마티스열
- 5대장기** : 간장, 신장, 심장, 폐장, 췌장
- 5대골절** : 머리의 으깬손상, 목, 흉추, 요추, 골반 및 대퇴골의 골절
- 부양자** : 피보험자의 부양자로서 보험증권에 기재된 자
- 디옵터(Diopter)** : 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시
- Angle씨 부정교합 분류**
  - II급 : 하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 원심(안면에서 후방)쪽으로 치우쳐있는 경우
  - III급 : 하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 근심(안면에서 전방)쪽으로 치우쳐있는 경우
- 중환자실** : 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실
- 유치** : 젓니 또는 탈락치
- 영구치** : 유치(젓니)가 빠진 후 나는 자연치아
- 치아우식증(충치)** : 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환
- 치주질환(잇몸질환)** : 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분
- 보존치료** : 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료

- **아말감(amalgam)** : 보철치료의 한 방법으로, 이때 사용된 재료는 구리, 은, 주석 등의 합금(AIloy)과 수은의 혼합체를 말함
- **글래스아이오노머(glass ionomer)** : 주로 치경부 마모증에 사용되는 것으로 산 부식 처리가 필요없는 화학접착물
- **복합레진** : 구강 충전 혹은 수복 재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)
- **인레이·온레이** : 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법
- **크라운치료** : 치관장착(Crown) 치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료
- **보철치료** : 가철성의치(Denture), 고정성가공의치(Bridge), 임플란트(Implant)를 말하며, 크라운 치료는 제외함
- **가철성의치(Denture)** : 일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대체하는 보철물을 장착하는 기술
- **고정성가공의치(Bridge)** : 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되어지는 보철물
- **임플란트(Implant)** : 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료
- **환경성질환** : 아토피 피부염, 알레르기성 비염, 천식, 급성 기관지염, 폐렴, 외부요인에 의한 폐질환, 중금속에 의한 질환
- **생활질환** : 아토피 피부염, 중이염, 급성 부비동염, 만성 부비동염
- **자녀10대질환** : 장 감염, 결핵 및 결핵의 후유증, 수막염, 간질, 중이염, 급성 상기도염 및 급성 하기도염, 폐렴, 천식, 위/십이지장 궤양 및 염증, 탈장 및 장폐색
- **어린이12대다발성질환** : 결핵, 바이러스 감염, 당뇨병, 수막염, 중이염, 급성상기도 감염, 폐렴 및 급성기관지염, 천식, 만성 부비동염, 충수염, 탈장 및 장폐색, VIT중추근관련
- **호흡기관련질환** : 급성 상기도감염, 상세불명의 상기도질환, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태, 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역
- **16대질환** : 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전, 생식기질환
- **4대질환** : 담석증, 사타구니 탈장, 편도 및 아데노이드의 만성질환, 만성 부비동염
- **재진단암** : “재진단암”에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 “암”을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “대상포진내암” 및 “전립선암”은 제외합니다.
  1. 새로운 원발암
  2. 동일장기 또는 타부위에 전이된 암
  3. 동일장기에 재발된 암

4. “암” ( “기타피부암”, “갑상선암”, “대상포진내암” 제외)에 대한 보장개시일 이후 발생한 “암” ( “기타피부암”, “갑상선암”, “대상포진내암”, “전립선암” 제외)진단부위에 “암” 세포가 남아있는 경우

• **재진단암의 보장개시일**

1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 “암” ( “기타피부암”, “갑상선암”, “대상포진내암” 제외)진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
  2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날
- **대상포진내암** : 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propoia) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병 (대장: 맹장, 충수, 결장, 직장)

• 보장용어에 대한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

나. 보험금 지급제한 사항

- 1) 국민건강보험법 및 의료급여법을 적용받지 못하는 경우의 보장내용은 아래와 같습니다.
  - 상해입원실손의료, 질병입원실손의료 : 입원료비 중 본인부담의료비 총액의 40% 해당액을 해당 보장가입금액 한도로 보상
  - 상해통원실손의료, 질병통원실손의료 <외래> : 통원의료비 중 본인부담의료비 총액에서 방문 1회당 공제금액을 차감한 금액의 40% 해당액을 해당 보장의 외래 가입금액 한도로 보상 <처방조제비> : 통원의료비 중 본인부담의료비 총액에서 처방전 1건당 공제금액을 차감한 금액의 40% 해당액을 해당 보장의 처방조제비 가입금액 한도로 보상
- 2) 이 상품의 실손의료비, 배상책임관련보장 등은 해당담보를 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우, 약관내용에 따라 비례보상 됩니다.

**다수계약이란?**

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

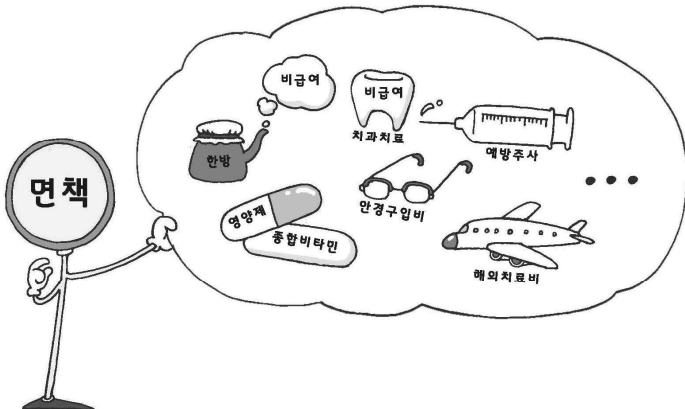
- 3) 암직접치료입원일당(4일이상) 및 암직접치료입원일당(4일이상)(갱신형) 보장특약은 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원하는 경우에 한하여 보장합니다.
- 4) 암수술 및 암수술(갱신형) 보장특약에서 항암방사선치료 및 항암약물치료는 약관에서 정한 '수술보험금'의 지급이 불가능합니다.
- 5) 보험금의 지급사유 및 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관내용에 따라 제한될 수 있으니, 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

Q 회사의 보장은 언제부터 시작되나요?

회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 단, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

Q 실손의료보장에서 치과치료 및 한방치료 의료비도 보상이 가능한가요?

치과치료 및 한방치료 의료비도 실손의료보장에서 보상이 가능합니다. 다만, 국민건강보험법상 요양급여 또는 의료급여법상 의료급여에 해당하는 실제 본인부담금 부분만 보험금의 지급이 가능하고, 비급여 의료비는 보험금을 지급하지 않습니다. 또한 건강검진, 예방접종, 영양제, 종합비타민제 등에 소요된 비용과 안경, 콘택트렌즈 등의 구입 및 대체비용, 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비는 보상하지 않습니다. 이 외의 면책사항에 관한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.



Q 바빠서 청구하지 못한 보험금이 있는데, 아무 때나 청구하면 되나요?



3. 공시이율

가. 보험료의 구성

보험료는 보험계약자가 보험계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 “보장보험료”와 “적립보험료”로 구성됩니다. 또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 적립순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 손해조사비로 구성됩니다.

$$\begin{aligned} \text{보험료} &= \text{보장보험료} + \text{적립보험료} \\ \text{보장보험료} &= \text{보장순보험료} + \text{부가보험료} + \text{손해조사비} \\ \text{적립보험료} &= \text{적립순보험료} + \text{부가보험료} + \text{손해조사비} \end{aligned}$$

나. 적용이율

- 이 보험의 보장부분 적용이율은 연단위 복리 3.5%입니다.
- 이 보험의 적립부분 적용이율은 “보장성 공시이율III”입니다. 다만, 적립부분 적용이율의 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%입니다.

보장부분 적용이율이란?

보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간 동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데 이 할인을 “보장부분 적용이율”이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.



**적립부분 적용이율(보장성 공시이율III)란?**

적립부분 적용이율(보장성 공시이율III)이란 보험회사가 장래 보험금 지급을 위하여 계약자의 납입보험료의 일정부분을 적립해 나가는데, 이 적립금을 적립하는 이율을 의미합니다.

- (무)갯앤갯어린이CI보험(HI 1501)은 객관적인 외부지표금리\*와 운용자산이익률\*\*을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률\*\*\*을 가감하여 매월 회사가 결정하는 보장성 공시이율III에 연동되는 상품입니다. 보장성 공시이율III가 변동될 경우 (무)갯앤갯어린이CI보험(HI 1501)의 적립부분 적용이율도 변동됩니다. 이 상품의 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%입니다.
- \* 외부지표금리는 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출
- \*\* 운용자산이익률은 직전 1년간 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출
- \*\*\*조정률을 가감한 공시이율은 공시기준이율의 80~120% 범위내로 함

이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 (무)갯앤갯어린이CI보험(HI 1501)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

**최저보증이율이란?**

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

## 자주 발생하는 민원 예시

### <사례1>

유형 : 가입초기 환급률 과소 관련

사례 : A씨는 보험가입 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해지환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만 제기

\* 유의(참고) 사항 : 보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해지환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

### <사례2>

유형 : 적립부분 환급률 관련

사례 : A씨는 보험가입 3년 후 콜센터를 통하여 가입한 상품의 환급률을 확인해 보았으며, 최초 가입시 가입설계서에서 안내받은 3년시점의 환급률보다 낮음에 불만 제기

\* 유의(참고) 사항 : 금리연동형 상품의 경우, 공시이율을 적용하여 적립부분 순보험료를 적립하고 있습니다. 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 시중지표금리에 연동되며, 공시이율의 변경에 따라 적립부분 적립금은 변동될 수 있습니다.

### <사례3>

유형 : [실손] 공제금액 관련

사례 : A씨는 통원치료후 병원 외래진료비 및 약국 처방조제비를 실손의료(갱신형)보장 특별약관 보험금으로 청구하였으나, 각각 공제금액이 발생한 것에 대하여 불만 제기

\* 유의(참고) 사항 : 약관에 의거하여 통원실손의료비는 외래와 처방조제비로 구분되어 있고, 공제금액이 각각 규정되어 있습니다. 외래의 경우 요양기관의 분류에 따라 방문 1회당 1만원~2만원, 처방조제비의 경우 처방전 1건당 8천원을 공제후 보험금을 지급해드리고 있습니다.

### <사례4>

유형 : [실손] 한방 비급여 면책 관련

사례 : A씨는 치료목적으로 한의원에서 치료를 받고 실손의료(갱신형)보장 특별약관 보험금을 청구하였으나, 비급여부분이 보상되지 않는 것에 대한 불만 제기

\* 유의(참고) 사항 : 실손의료(갱신형)보장 특별약관 내 "보험금을 지급하지 않는 사유"에 따라, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 보상하여 드리지 않고 있습니다.

### <사례5>

유형 : 태아특칙 문의

사례 : A씨는 태아보험 가입후 자녀 출생시 정산절차에 관하여, 자세한 설명을 요구

\* 유의(참고) 사항 : 어린이보험 가입시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 남자0세 보장부분 영업보험료의 합계액과 여자0세 보장부분 영업보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다. 이후 자녀 출생후 피보험자의 성별이 확정된 경우 보험료 정산이 이루어지며, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 지급해드리고, 만일 부족한 금액이 있을 때는 그 금액을 회사에 납입하셔야 합니다.

## 보험금 청구 구비서류 안내

### 1. 상해관련보장 보험금 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

#### ○ 공통 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
공 통	- 보험금청구서	당사 양식
	- 피보험자가 미성년자인 경우 : 가족관계증명서 또는 주민등록등본 등 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 통장 및 신분증 사본	

#### ○ 보험금 종류별 추가 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
사망보험금	- 사망진단서 또는 사체검안서 원본 (해당기관 원본대조필 날인시 사본도 가능)	병원
	- 사고증명서류 · 교통상해사고시 : 교통사고사실확인원 · 교통상해 이외 사고시 : 사건사고사실확인원 또는 변사사건사실확인원	경찰서
	- 피보험자 : 기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 - 법정상속인(각각) : 기본증명서, 가족관계증명서	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임시 · 각각의 위임장 · 각각의 인감증명서	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

구 분	구비서류	제공/발급처
후유장해 보험금	- 후유장해진단서 ※ 발급전 보상담당자와 상의 - X-RAY, CT, MRI 필름 및 판독지 등	병원
진단보험금	골절/화상 진단서/진료확인서/소견서/진료차트 중 택 ※ 단, 진단명 반드시 기재	병원
입원관련 보험금	- 입퇴원확인서 (진단명 기재) ※ 입원기간 30일 이상의 경우 진단서 추가	병원
수술관련 보험금	- 진단서 또는 수술확인서(진단명/수술명 기재)	병원

### 2. 질병관련보장 보험금 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

#### ○ 공통 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
공 통	- 보험금청구서	당사 양식
	- 피보험자가 미성년자인 경우 : 가족관계증명서 또는 주민등록등본 등 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 통장 및 신분증 사본	

○ 보험금 종류별 추가 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
사망보험금	- 사망진단서 또는 사체경안서 원본 (해당기관 원본대조필 날인시 사본도 가능)	병원
	- 피보험자 : 기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 - 법정상속인(각각) : 기본증명서, 가족관계증명서	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임시 · 각각의 위임장 · 각각의 인감증명서	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
후유장해 보험금	- 후유장해진단서 (질병인 경우 진단확정일 또는 발병일이 기재된 진단서) ※ 발급전 보상담당자와 상의 - X-RAY, CT, MRI 필름 및 판독지 등	병원
진단보험금	암 - 암확정진단서 - 조직검사결과지	병원
	특정질병 (뇌경색등) - 특정질병 확정진단서 - 검사 결과지(특정질병종류에 따라 다르므로 담당자와 상의 필요)	
입원관련 보험금	- 입원확인서 (진단명 기재) ※ 입원기간 30일 이상의 경우 진단서 추가	병원
수술관련 보험금	- 진단서 또는 수술확인서(진단명/수술명 기재)	병원
저체중아입원 일당/신생아 질병입원일당	- 출생증명서 (신생아 몸무게 기재) - 입원확인서 ※ 인큐베이터(보육기) 사용시 해당기간 반드시 기재	병원

3. 비용손해관련보장 보험금 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

○ 공통 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
공 통	- 보험금청구서	당사 양식
	- 피보험자가 미성년자인 경우 : 가족관계증명서 또는 주민등록등본 등 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 통장 및 신분증 사본	

○ 보험금 종류별 추가 서류

<자동차사고비용>

구 분	구비서류	제공/발급처
자동차사고 처리지원금	- 교통사고사실확인원 - 피해자 진단서 또는 사망진단서 - 형사합의금이 기재된 형사합의서 원본(경찰 또는 검찰 원본대조필 날인시 원본 인정)	경찰서 병원 경찰서
자동차사고벌금	- 교통사고사실확인원 - 벌금납부 영수증 - 약식명령서 또는 법원 판결문	경찰서 법원 법원
자동차사고 변호사선임비용	- 공소제기시(약식기소 포함) : 교통사고사실확인원 약식명령서	경찰서 법원
	- 구속시 : 교통사고사실확인원 약식명령서 구속영장 또는 사건처분증명원 재소 또는 출소증명원	경찰서 법원 법원 구치소

구 분	구비서류	제공/발급처
자동차사고 면허정지일당	- 교통사고사실확인원 - 면허정지확인원(교육수료 후) - 운전경력증명서	경찰서
자동차사고 면허취소	- 교통사고사실확인원 - 면허취소확인원(교육수료 후) - 운전경력증명서	경찰서

★ 당사 자동차보험 가입자는 별도 서류 없이 당사에서 확인 가능합니다.

<기타비용>

구 분	구비서류	제공/발급처
강력범죄피해 (사망제외) 폭력피해(사망제외)	- 사건사고사실확인원 - 진단서, 치료비명세서	경찰서 병원

4. 재물손해관련보장 보험금 구비서류

※ 재물손해는 보험목적물에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다.(1588-5656)

○ 공통 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
공 통	- 보험금청구서	당사 양식
	- 피보험자가 미성년자인 경우 : 가족관계증명서 또는 주민등록등본 등 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 통장 및 신분증 사본	

5. 배상책임관련보장 보험금 구비서류

※ 배상책임손해는 사고내용에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다.(1588-5656)

○ 공통 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
공 통	- 배상책임 사고통보서	당사 양식
	- 피보험자 : 개인(신용)정보수집이용제공동의서 (미성년자의 경우 부모님[법정대리인]이 작성) : 주민등록등본 (사고내용별 변동될 수 있습니다)	당사 양식  시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 피해자 : 개인(신용)정보수집이용제공동의서 (미성년자의 경우 부모님[법정대리인]이 작성) : 주민등록등본 (사고내용별 변동될 수 있습니다)	당사 양식  시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 합의서(당사자간 합의 완료시 합의금 지급 확인서)	당사 양식

○ 사고별 추가 서류

구 분	구비서류	발급처
대인배상 사고	- 진단서(진료확인서) - 초진진료기록지 - 치료비영수증	병원
대물배상 사고	- 피해물품의 사진 - 사고피해품의 구입시기·가격의 증빙서류 - 수리비 견적서 - 수리비 영수증	구입처 수리업자 수리업자

6. 실손의료비 보험금 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

○ 공통 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
공 통	- 보험금청구서	당사 양식
	- 피보험자가 미성년자인 경우 : 가족관계증명서 또는 주민등록등본 등 친권자임을 확 인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 통장 및 신분증 사본	

○ 보험금 종류별 추가 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
자동차보험 처리	- 교통사고 처리확인서 (치료비 개인 납부 시, 진료비영수증)	해당 보험사 병원
산재처리	- 산재보험 요양신청서 및 보험급여 지급확인원 - 산재진료비 명세서	근로복지공단 병원
의료보험처리	- 사고증명서류 · 교통사고시 : 교통사고사실확인원 · 폭행사고시 : 사건사고사실확인원	경찰서

구 분	구비서류	제공/발급처
의료보험 처리	입원 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진단서 ※ 본인부담 치료비 20만원 이하시 생략 가능 ※ 본인부담 치료비 50만원 이하시 : 입퇴원확인서 또는 진료확인서 또는 초진차트로 대체 가능 ※ 가입후 30일 이내 사고시 초진차트 필수</li> <li>- 진료비 세부내역서 (단, 비급여 미발생시는 생략가능)</li> <li>- 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경 우 검사결과지 추가</li> <li>- 비급여항목 수술비용 발생시 수술기록지 추가 (필요시)</li> <li>- 퇴원영수증(치료비영수증)</li> </ul>	병원
	통원 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진단서/통원확인서/진료확인서/소견서/진료차트 중 택일(진단명/치료기간 기재) ※ 본인부담 치료비 10만원 이하시 생략 가능 ※ 가입후 30일 이내 사고시 초진차트 필수</li> <li>- 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가</li> <li>- 통원 일자별 병원 영수증 및 약국 영수증</li> <li>- 처방전(질병분류기호 기재) ※ 본인부담 치료비 3만원 이하시 생략 가능 ※ 10만원 이하시에도 보험금 지급 제외 대상이 많은 진료과목(산부인과, 향문외과, 비뇨기 과, 피부과 등) 및 짧은 기간 내 보험금 청 구 횟수가 과다한 경우 등 추가심사 필요시 별도의 추가 증빙서류제출이 필요할 수 있음</li> </ul>	병원  병원/약국

상기 서류 이외에도 보험금 지급을 위하여 보상담당자가 추가서류를 요청할 수 있으며, 경우에 따라 위 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있으니 담당자와 상담하시기 바랍니다. 담당자 확인은 고객센터 1588-5656 → AFS 4번으로 문의하시기 바랍니다.

## 보험금 지급절차 안내

제출(발송)하여 주신 서류가 보험회사에 접수되는 경우 보험금 지급심사 업무가 진행됩니다.

### I. 사고 접수

1. 고객센터팀 방문접수
2. 콜센터접수 : 1588-5656-ARS 4번
3. 인터넷 접수(홈페이지([www.hi.co.kr](http://www.hi.co.kr))) 접속 보상 서비스 보상상담

### II. 접수내용 및 진행사항 안내

### III. 보험금 지급여부 결정 및 부책/면책 여부 통보

- 부책의 경우 : 보험금 지급 안내
- 면책의 경우 : 부지급 사유 안내

### IV. 보험금 지급

- 보험금 지급시 피보험자 본인 명의 통장으로 이체  
(단, 미성년자는 친권자 계좌 가능)

### ○ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.  
(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원)
- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

### ○ 의료심사

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

### ○ 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 타보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

### ○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 문자전송)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이 때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 현대해상(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1588-5656

### ○ 보험금 청구 소멸시효

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

### ○ 보험금 지급심사 위탁

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

### ○ 손해사정사 선임 및 조사

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

※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

## 가입자 유의사항

### 1. 보험계약 관련 특히 유의할 사항

#### 가. 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 보장 개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 암보장 등 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.

##### ○ 갱신행보장

- 회사는 갱신행보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.
- 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- 갱신행보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

#### < 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우 >

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 보장보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 3년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(5세 → 8세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다. 한편, 세 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 9년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(11세 → 14세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	5세	8세	11세	14세	비 고
보장보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	..
최초계약 보험료표	5,000원	6,500원	8,000원	10,000원	..
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	나이증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	.. 나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	12,500원	나이증가 위험률 상승
.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	

#### ○ 타인을 위한 계약(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 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

#### 나. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보



형료 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.

계약이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계약에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

## 2. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

### ○ 암 관련 보장

- 피보험자가 약관에서 정한 보장개시일 이전에 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

### ○ 특정질병 관련 보장

- 암, 이보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

### ○ 수술 관련 보장

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

### ○ 입원 관련 보장

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

### ○ 상해 관련 보장

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

### ○ 태아보험

- 피보험자가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생시 피보험자로 합니다.
  - 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 선순위로 기재된 자를 피보험자로 합니다.
- 단, 계약자 요청시 다른 출생자를 피보험자로 지정할 수 있습니다.

### ○ 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 합

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

## 주요내용 요약서

### 1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다.

다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정 요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

### 2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일(계약을 청약한 날부터 30일) 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려드립니다.

다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.

### 3. 계약취소

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

### 4. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세미만자, 임신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

### 5. 계약의 소멸

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

### 6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

### 7. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

### 8. 계약전·후 알릴 의무

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

나. 계약후 알릴의무: 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.  
- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우

### 9. 알릴의무 위반시 효과

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

### 10. 보험금의 지급절차

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

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

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당 약관의 내용을 따릅니다.

## 보험용어 해설

### ○ 보험약관

- 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정 한 것

### ○ 보험증권

- 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

### ○ 보험계약 당사자

- 보험회사, 보험계약자

- 가. 보험회사 : 보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사
- 나. 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

### ○ 보험계약 관계자

- 피보험자, 보험수익자, 대리인

#### <신체손해보장> <비용손해 보장>

- 가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함
- 나. 보험수익자 : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
- 다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

#### <배상책임 보장>

- 가. 피보험자 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람
- 나. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

### ○ 보험료

- 가. 보험료 : 보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에게 지급하여야 하는 요금
- 나. 보장순보험료 : 보험금 지급을 위한 보험료

- 다. 적립순보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
- 라. 부가보험료 : 보험회사의 사업경비를 위한 보험료
- 마. 손해조사비 : 보험금 청구의 사유 및 그 금액을 증명하기 위한 비용

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

※ 보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

### ○ 보험목적

#### <배상책임 보장>

- 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화

### ○ 보험가입금액

#### <신체손해 보장>

- 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액

### ○ 보험금

#### <신체손해보장> <비용손해 보장>

- 피보험자의 사망, 장애, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

#### <배상책임 보장>

- 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액

### ○ 보험기간

- 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간

### ○ 보장개시일

- 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

### ○ 보험계약일

- 계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일이며 매년 도래하는 보험계약일을 계약해당일이라 함

○ 보험년도

- 보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말함

○ 책임준비금

책임준비금 = 기본계약 책임준비금(보장부분 책임준비금 + 적립부분 책임준비금)  
+ 특별약관 책임준비금

가. 보장부분(기본계약, 특별약관) 책임준비금

: 장래의 보험금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보장순보험료 중 일정액을 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액

나. 적립부분 책임준비금

: 장래의 만기환급금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 적립순보험료를 보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 책임준비금에서 해지공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액

- 해지공제액(미상각 신계약비)

: 신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정 기간 동안 보험료에서 균등하게 공제함.  
그러나 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 계약체결비용을 한꺼번에 공제하게 되는데 이를 해지공제액(미상각 신계약비)라 함

- 해지환급금 = 기본계약 해지환급금(보장부분 해지환급금 + 적립부분 해지환급금)  
+ 특별약관 해지환급금

---

무배당 굿앤굿어린이CI보험(Hi1501)  
보통약관

---



무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501) 보통약관 목차

<b>제1관 목적 및 용어의 정의</b>	.....	1			
제1조 (목적)				제25조 (계약의 무효)	
제2조 (용어의 정의)				제26조 (계약내용의 변경 등)	
<b>제2관 보험금의 지급</b>	.....	2		제27조 (보험나이 등)	
제3조 (보험금의 지급사유)				제28조 (계약의 소멸)	
제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)				<b>제5관 보험료의 납입</b>	..... 10
제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)				제29조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	
제6조 (보험금 지급사유의 통지)				제30조 (제2회 이후 보험료의 납입)	
제7조 (보험금의 청구)				제31조 (보험료의 자동대출납입)	
제8조 (보험금의 지급절차)				제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	
제9조 (중도인출금)				제33조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))	
제10조 (공시이율의 적용 및 공시)				제34조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))	
제11조 (만기환급금의 지급)				<b>제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등</b>	..... 12
제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)				제35조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	
제13조 (보험금 받는 방법의 변경)				제36조 (중대사유로 인한 해지)	
제14조 (주소변경통지)				제37조 (회사의 파산선고와 해지)	
제15조 (보험수익자의 지정)				제38조 (해지환급금)	
제16조 (대표자의 지정)				제39조 (보험계약대출)	
<b>제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등</b>	.....	6		제40조 (배당금의 지급)	
제17조 (계약전 알릴 의무)				<b>제7관 분쟁의 조정 등</b>	..... 13
제18조 (상해보험 계약후 알릴 의무)				제41조 (분쟁의 조정)	
제19조 (알릴 의무 위반의 효과)				제42조 (관할법원)	
제20조 (사기에 의한 계약)				제43조 (소멸시효)	
<b>제4관 계약의 성립과 유지</b>	.....	7		제44조 (약관의 해석)	
제21조 (계약의 성립)				제45조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	
제22조 (피보험자의 범위)				제46조 (회사의 손해배상책임)	
제23조 (청약의 철회)				제47조 (개인정보보호)	
제24조 (약관교부 및 설명의무 등)				제48조 (준거법)	
				제49조 (예금보험에 의한 지급보장)	
				<b>[부표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산</b>	..... 15





**제1관 목적 및 용어의 정의**

**제1조 (목적)**

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

**제2조 (용어의 정의)**

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

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

용 어	정 의
장해	[별표1] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정 의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
표준이율	회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
보험계약대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정되며, 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에도 적용합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정' 에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

## 제2관 보험금의 지급

### 제3조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 계약체결시점 피보험자의 나이에 따라, 보험금의 지급사유를 아래와 같이 달리 적용합니다.
1. 계약체결시점 피보험자의 나이가 만15세 미만인 경우 : 상해후유장해  
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
가. 고도후유장해 보험금	상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	보험가입금액
나. 일반후유장해 보험금	상해로 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

2. 계약체결시점 피보험자의 나이가 만15세 이상인 경우 : 상해사망후유장해  
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망하거나 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
가. 사망보험금	상해로 사망한 경우	보험가입금액
나. 고도후유장해 보험금	상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	보험가입금액
다. 일반후유장해 보험금	상해로 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

- ② 계약체결시점 나이가 만15세 미만으로 제1항 제1호의 보험금 지급사유를 적용받은 피보험자의 경우 보험기간 중 만15세 이상이 되어도 제1항 제1호의 보험금 지급사유를 그대로 적용합니다.



#### < 보험가입금액 >

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 제가목의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.



#### < 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보

험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.



※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
  - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
  - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제6조 (보험금 지급사유의 통지)**

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  - 1. 청구서(회사양식)
  - 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사 처방전(처방조제비) 등)
  - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
  - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.



※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분  
 · 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원  
 · 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원  
 · 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제8조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.  
다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
  1. 소송제기
  2. 분쟁조정 신청
  3. 수사기관의 조사
  4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
  5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유를 조사와 확인이 지연되는 경우
  6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표1] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.  
그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.  
다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 (중도인출금)

- ① 회사는 보장개시일부터 2년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매 보험년도마다 1회에 한하여 중도인출금을 지급합니다.

- 단, 중도인출금은 적립보험료를 납입하는 계약에 한하여 요청할 수 있습니다.
- ② 제1항의 중도인출금은 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있으며, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다.  
다만, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
  - ③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금액을 차감합니다.
  - ④ 중도인출시 기본계약 적립부분 책임준비금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.



< 보험년도 >

보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2015년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 다음년도 8월 14일까지 1년입니다.



< 중도인출금의 한도 예시 >

중도인출 시점에 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 의해 산출된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우  
 ⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원  
 ⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정)  
 중도인출 가능액 = 80만원(총 중도인출 가능액) - 30만원 = 50만원

제10조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 기본계약 적립부분 책임준비금 계산시 적용되는 이율은 매월1일 회사가 정한 보장성공시이율III(이하 ‘공시이율’이라 합니다)로 합니다.  
단, 공시이율의 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.



**< 최저보증이율 >**

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 1.25%인 경우 공시이율이 1.0%로 낮아지더라도 적용금은 공시이율(1.0%)이 아닌 최저보증이율(1.25%)로 적용합니다. 따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적용한 적용금은 보장받을 수 있습니다.

- ② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표공리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.
- ③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

**제11조 (만기환급금의 지급)**

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 만기환급금은 적립순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 제30조(제2회 이후 보험료의 납입) 제4항에 따라 적립보험료 납입을 중지하는 경우에는 제1항의 만기환급금은 납입중지 이전까지 계약자가 실제 납입한 적립보험료를 기준으로 계산합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.
- ④ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.



**< 만기환급금 계산에 관한 사항 >**

보험기간 중 지급된 중도인출금 및 적립부분 책임준비금에서 대체납입되는 보험료가 있는 경우에는 해당 금액을 발생 당시에 차감한 후 공시이율로 만기시까지 적립하여 적용한 금액을 만기환급금으로 합니다.

**제12조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 이 계약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 계약의 사망당시 보장부분 책임준비금을 지급합니다.
- ② 이 계약의 피보험자가 모두 사망한 경우에는 회사가 적용한 이 계약의 사망당시 적립부분 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 보장부분 책임준비금과 적립부분 책임준비금은 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 금액을 말합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.



**< 책임준비금 >**

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

**제13조 (보험금 받는 방법의 변경)**

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

**제14조 (주소변경통지)**

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

**제15조 (보험수익자의 지정)**

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정 상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.


**제16조 (대표자의 지정)**

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

**제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등**

**제17조 (계약전 알릴 의무)**

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 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 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.



※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

**제18조 (상해보험 계약후 알릴 의무)**

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 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 증가·감소된 경우, 이후 기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 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 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

**제19조 (알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
  1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제18조(상해보험 계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
  1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약체결일(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
  4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강

진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때.

다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.  
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다' 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제18조(상해보험 계약후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명할 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

#### 제20조 (사기에 의한 계약)

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

### 제4관 계약의 성립과 유지

#### 제21조 (계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다.  
그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절하는 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.  
다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.



#### < 보험료 >

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 '보장보험료'와 '적립보험료'로 구성되어 있습니다.  
또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사가 적절한 금액을 돌려주는데 필요한 적립순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급 조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

$$\begin{aligned} \text{보험료} &= \text{보장보험료} + \text{적립보험료} \\ \text{보장보험료} &= \text{보장순보험료} + \text{부가보험료} + \text{손해조사비} \\ \text{적립보험료} &= \text{적립순보험료} + \text{부가보험료} + \text{손해조사비} \end{aligned}$$

#### 제22조 (피보험자의 범위)

이 계약에서 피보험자라 함은 다음 각 호에서 정한 자 중에서 보험증권에 기재된 자를 말합니다.

1. 피보험자 본인
2. 본인 부모의 가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 본인의 형제·자매

#### 제23조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
  1. 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약
  2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 계약



**< 전문보험계약자 >**

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

- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항 및 제2항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.  
다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 보험증권 받은 날에 대하여 이견이 있으면 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 계약자에게 청구할 수 없습니다.
- ⑦ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.  
다만, 계약자가 보험금의 지급사유가 발생한 사실을 알면서 해당 계약의 청약을 철회한 경우에는 청약철회의 효력이 발생합니다.

**제24조 (약관교부 및 설명의무 등)**

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다.  
다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.  
또한, 통신판매계약의 경우 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
  - 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법.  
이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
  - 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약잔 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법.

이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.



**< 통신판매계약 >**

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 계약자는 다음 각 호의 경우에 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
  - 1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 않은 경우
  - 2. 계약자가 청약할 때 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
  - 3. 계약자가 계약을 체결할 때까지 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



**< 약관의 중요한 내용 >**

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

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

**< 자필서명 >**

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

※ 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 : 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데



이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

※ 전자서명법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명

: 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

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

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 본다.
  - 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
  - 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

**제25조 (계약의 무효)**

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

- 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우.
 

다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우.
 

다만, 상법 개정규정 시행일(2015년 3월 12일) 이후 계약의 경우에는 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.



**< 제25조(계약의 무효) 제2호에 대한 설명 >**

2015년 3월 11일 이전 계약으로 심신박약자의 사망을 보장하는 계약은 현행 상법 제732조에 따라 무효가 됩니다. 그러나 2015년 3월 12일 이후 계약은, 2015년 3월 12일부터 시행되는 상법 제732조의 개정 규정이 적용되므로, 심신박약자의 사망을 보장하는 계약이라도 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 유효한 계약이 됩니다.

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



**< 심신상실자 >**

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.


**< 심신박약자 >**

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**제26조 (계약내용의 변경 등)**

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


- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다.  
다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.



**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**  
보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지) 환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제27조 (보험나이 등)**

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.  
다만, 제25조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.



**< 보험나이 계산 예시 >**  
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2015년 4월 13일  
⇒ 2015년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 26년 6개월 11일 = 27세


**제28조 (계약의 소멸)**

- ① 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자 모두에 대하여 이 계약이 더 이상 효력이 없는 때에는 이 계약은 소멸됩니다.

**제5관 보험료의 납입**

**제29조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)**

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.  
또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
- ② 회사는 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.  
다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



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

- ④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
  1. 제17조(계약전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
  2. 제19조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
  3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우.  
다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

**제30조 (제2회 이후 보험료의 납입)**

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다.  
다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.



**< 납입기일 >**

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 이 경우 적립보험료는 보험료 납입일부터 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 적립하여 드리고, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 보장보험료에 한하여 표준이율로 할인하여 드립니다.
- ③ 제2항의 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 보장보험료는 표준이율로, 적립보험료는 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

**제31조 (보험료의 자동대출납입)**

- ① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.  
다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보

험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급합니다.

- ⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

**제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)**

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
  - 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
  - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
  - 3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
- ⑤ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의의 여부를 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.  
회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제33조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력

- 회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 표준이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제17조(계약전 알릴 의무), 제19조(알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약), 제21조(계약의 성립) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
  - ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제17조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제19조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제34조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))**

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 제26조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 지정된 보험수익자에게 해지된 날부터 7일 이내에 통지합니다.
- ② 제1항에 의하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하고자 하는 해지 당시의 보험수익자는 계약자의 동의를 얻고, 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다.
- ③ 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 이행할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 제1항 및 제2항에 의한 보험수익자의 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.



**< 강제집행과 담보권실행 >**

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

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

· 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

· 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

**< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >**

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

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

**제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등**

**제35조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)**

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 계약의 피보험자가 될 태아가 출생하기 전에 계약자가 이 계약을 해지하는 경우 해당 피보험자에 대한 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하여 이미 납입한 보험료를 돌려드리는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 태아가 출생하기 전임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
- ④ 제25조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제36조 (중대사유로 인한 해지)**

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
  - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우.
 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급합니다.

**제37조 (회사의 파산선고와 해지)**

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제38조 (해지환급금)**

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 계산합니다. 이때 적립순보험료에 대하여는 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율을 적용합니다. 다만, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.
- ② 제1항의 해지환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약 대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.



**< 해지환급금 계산에 관한 사항 >**  
 계약이 해지되기 전 지급된 중도인출금 및 적립부분 책임준비금에서 대체납입되는 보험료가 있는 경우에는 해당 금액을 발생 당시에 차감한 후 공시이율로 해지할 때까지 적절한 금액을 기준으로 계산한 금액을 해지환급금으로 합니다.

- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

**제39조 (보험계약대출)**

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출원금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특

- 속)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

**제40조 (배당금의 지급)**

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

**제7관 분쟁의 조정 등**

**제41조 (분쟁의 조정)**

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

**제42조 (관할법원)**

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

**제43조 (소멸시효)**

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

**제44조 (약관의 해석)**

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

**제45조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)**

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



< 보험안내자료 >

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다.

제46조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제47조 (개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다.  
다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조 (준거법)

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

제49조 (예금보험에 의한 지급보장)

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



< 예금자보호제도 >

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

[부표1]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산**

구 분		적립기간	적립이율	
승낙거절로 제1회보험료 반환		보험료를 받은 기간	표준이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
청약 철회로 기납입보험료 반환		반환기일 <sup>주)</sup> 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
계약 무효로 기납입보험료 반환	회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우	보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율	
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일 <sup>주)</sup> 이내에 보험금을 지급하지 않은 경우	지급기일 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
만기환급금	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
			1년 초과	1%
	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 않은 경우	공시이율		
환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율		

구 분	적립기간	적립이율	
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
		1년 초과	1%
	환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

※ 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 권리연동형보험은 일자 계산합니다.  
 ※ 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

- (주) 1. 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3일
- 2. 지급기일
  - 신체손해/비용손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
  - 재물손해/배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부터 7일





---

무배당 굿앤굿어린이CI보험(Hi1501)  
특별약관

---



# 1. 상해관련 특별약관

## 1-1. 상해사망보장 특별약관

### < 가입 가능한 피보험자의 범위 >

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관의 피보험자(만15세 이상) 본인, 본인의 형제·자매 및 피보험자 본인의 부양자로 합니다.  
단, 보통약관의 피보험자가 출생 전 자녀(태아)일 경우, 피보험자 본인의 부양자는 임신한 여성에 한합니다.

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	상해로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

### 제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

### 제4조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

### 제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

## 1-2. 상해사망(갱신형)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	상해로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

### 제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

니다.

- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 국앤굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제6조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 17세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 20세, 23세, 26세 ~ 95세, 98세  
⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-3. 교통상해후유장해(비운전중)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접 결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장

해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
고도후유장해 보험금	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우	이 특약의 보험가입금액
일반후유장해 보험금	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장애상태가 된 경우	장애분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

**제2조 (비운전중 교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 '비운전중 교통사고'라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
  2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6중 건설기계'라 합니다)
- ③ 제1항에서 '기타교통수단'이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
  4. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장애분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
다만, 장애분류표의 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 장애상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해

**무배당 국민연금인디보험(HI1501)**

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)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-4. 교통상해후유장해(비탐승중)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비탐승중 교통사고로 발생한 상해의 직접 결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
고도후유장해 보험금	비탐승중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약의 보험가입금액
일반후유장해 보험금	비탐승중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

**제2조 (비탐승중 교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘비탐승중 교통사고’ 라 함은 운행중인 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고를 말합니다.
- ② 제1항에서 ‘교통수단’ 이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 ‘6중 건설기계’ 라 합니다)
  3. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  4. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  5. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
  6. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상대를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대

- 하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
  2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
  3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-5. 교통상해후유장해(대중교통이용중)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
고도후유장해 보험금	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약의 보험가입금액
일반후유장해 보험금	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

**제2조 (대중교통이용중 교통사고 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '대중교통이용중 교통사고' 라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한

가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장 내 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. 여객자동차운수사업시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
  4. 여객자동차운수사업시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
  5. 여객수송용 선박
- ③ 이 특약에서 ‘기타교통수단’ 이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따

니다.

- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯마을어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  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)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.



- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-6. 자전거탑승중상해후유장해보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자전거탑승중 사고로 발생한 상해의 직접 결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
고도후유장해보험금	자전거탑승중 사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약의 보험가입금액
일반후유장해보험금	자전거탑승중 사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

**제2조 (자전거탑승중 사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘자전거탑승중’이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 ‘자전거’라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재를 포함)을 말합니다.

- ③ 제1항에서 ‘자전거를 운전중’이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
  - 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
  - 3. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-7. 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관

< 가입 가능한 피보험자의 범위 >

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관의 피보험자 본인, 본인의 형제·자매 및 피보험자 본인의 부양자로 합니다. 단, 보통약관의 피보험자가 출생 전 자녀(태아)일 경우, 피보험자 본인의 부양자는 임신한 여성에 한합니다.

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
고도후유장해보험금	상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  - 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  - 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관 (이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-8. 상해후유장해 (80%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
고도후유장해 보험금	상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대

- 하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
  - ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
  - ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
  - ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관 (이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-9. 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 연단위분할 지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접 결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
고도후유장해 보험금	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (비운전중 교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 '비운전중 교통사고' 라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  - 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고

2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 ‘자동차’라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 ‘6중 건설기계’라 합니다)
- ③ 제1항에서 ‘기타교통수단’이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
  4. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  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)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봄

니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-10. 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 연단위분할 지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비탑승중 교통사고로 발생한 상해의 직접 결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
고도후유장해 보험금	비탑승중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (비탑승중 교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘비탑승중 교통사고’라 함은 운행중인 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고를 말합니다.
- ② 제1항에서 ‘교통수단’이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹

서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 ‘6중 건설기계’라 합니다)

3. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
4. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
5. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
6. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로

보고 최종 후유장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 지급받은 후유장애보험금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.

- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장애보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
  2. 교통수단의 설치, 수선, 정검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
  3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-11. 교통상해후유장애(대중교통이용중, 80%이상, 연단위 분할지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장애분류표([별표1] '장애분류표' 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
고도후유장애 보험금	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (대중교통이용중 교통사고 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '대중교통이용중 교통사고' 라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중 일어난 교통사고
  2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
  3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장 내 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)
  5. 여객수송용 선박
- ③ 이 특약에서 '기타교통수단' 이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

## 무배당 곳앤굿어린이지보험(HI1501)

1. 기차, 전동차, 자동차, 케이블카, 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

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 곳앤굿어린이지보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  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)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.



**1-12. 상해 후유장해(50%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(〔별표1〕 ‘장해분류표’ 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
중증후유장해 보험금	상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  - 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  - 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-13. 교통상해후유장해(비운전중, 50%이상, 연단위분할 지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접 결과로서 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
중증후유장해 보험금	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (비운전중 교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘비운전중 교통사고’라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  - 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
  - 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 ‘자동차’라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자

- 동차, 이륜자동차
- 2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 ‘6중 건설기계’라 합니다)
- ③ 제1항에서 ‘기타교통수단’이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  - 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  - 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
  - 4. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
  - 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
  - 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
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 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 장애지급률에서 이미 지급받은 후유장애보험금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장애보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 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)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-14. 골절 진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '골절' ( '치아파절' 제외)로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
골절진단보장금	'골절' ( '치아파절' 제외)로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (골절 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '골절' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '골절 분류표' 에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10

대상이 되는 상병	분류번호
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
20. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

② 이 특약에서 '치아파절' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류번호 S02.5)에 해당하는 상병을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관 (이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-15. 골절진단(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '골절' ( '치아파절' 제외)로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
골절진단보험금	'골절' ( '치아파절' 제외)로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (골절 등의 정의)**

① 이 특약에서 '골절' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '골절 분류표' 에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32

대상이 되는 상병	분류번호
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
20. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

② 이 특약에서 '치아파절' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류번호 S02.5)에 해당하는 상병을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-16. 5대골절진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '5대골절' 로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
5대골절진단보험금	'5대골절' 로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (5대골절의 정의)**

이 특약에서 '5대골절' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] '5대골절 분류표' 에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 ~ S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 5대골절진단보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-17. 5대골절진단(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '5대골절' 로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
5대골절진단보험금	'5대골절' 로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (5대골절의 정의)**

이 특약에서 '5대골절' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] '5대골절 분류표' 에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 ~ S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 5대골절진단보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가쪽관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-18. 화상 진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘화상’ 으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’

’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
화상진단보험금	‘화상’으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (화상의 정의)**

이 특약에서 ‘화상’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘화상 분류표’에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체 부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체 부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장애	L59

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관



(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-19. 화상진단(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '화상' 으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
화상진단보험금	'화상' 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (화상의 정의)**

이 특약에서 '화상' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] '화상 분류표' 에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체 부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체 부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장애	L59

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이씨보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**


- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에

서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준 비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱

신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-20. 중증화상/부식진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
중증화상/부식 진단보험금	'중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (중증 화상 및 부식의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)'에 의해 측정된 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다.  
단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

- ② ‘중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- 또한, 회사가 ‘중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상/부식진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-21. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
상해입원급여금	상해로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원급여금을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못

**무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501)**

할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-22. 상해입원일당(1일 이상)(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

다만, 상해입원일당금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
상해입원일당금	상해로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 '계속입원' 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원일당금을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-23. 상해입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일당 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
다만, 상해중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
상해중환자실 입원급여금	상해로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도)

**제2조 (중환자실의 정의)**

이 특약에서 ‘중환자실’이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실(〔별표5〕

‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.



※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 10㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스트포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자력 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원급여금을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-24. 상해수술(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
상해수술보험금	상해로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 흡인(吸引), 주사기 등으로 뽑아들이는 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산

- 2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- 3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 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
- 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술  
다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
- 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인

하여 인상될 수 있습니다.

- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이하까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-25. 골절 수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘골절’로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
골절수술보험금	골절로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (골절의 정의)**

이 특약에서 ‘골절’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘골절 분류표’에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척추의 출산 손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
20. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3



대상이 되는 상병	분류번호
23. 출산손상으로 인한 채골 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약

- 관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술  
다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
  - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-26. 골절수술(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘골절’로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
골절수술보험금	골절로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (골절의 정의)**

이 특약에서 ‘골절’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] ‘골절 분류표’ 에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
20. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술  
다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
  2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**


피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-27. 5대골절수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘5대골절’로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
5대골절수술보험금	5대골절로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (5대골절의 정의)**

이 특약에서 ‘5대골절’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘5대골절 분류표’에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 ~ S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받은 경우에는 하나의 5대골절수술보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술  
다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
  - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-28. 5대골절수술(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘5대골절’로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보

형수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
5대골절수술보험금	5대골절로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (5대골절의 정의)**

이 특약에서 ‘5대골절’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘5대골절 분류표’ 에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리의 으쓱손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 ~ S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받은 경우에는 하나의 5대골절수술보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술  
다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
  - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.


**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나기 전에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-29. 화상수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '화상' 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
화상수술보험금	화상으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (화상의 정의)**

이 특약에서 '화상' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] '화상 분류표' 에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27

대상이 되는 상병	분류번호
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체 부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체 부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장애	L59

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술  
다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
  - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-30. 화상수술(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘화상’으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보

**무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501)**

험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
화상수술보험금	화상으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (화상의 정의)**

이 특약에서 ‘화상’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] ‘화상 분류표’ 에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체 부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체 부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장애	L59

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보존적지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ② 제1항의 수술은 자력 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국

내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술  
다만, 사고전 상태로 회복을 위한 수술은 포함합니다.
  - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.



- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 월 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신 전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-31. 심한상해수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제2조(심한상해의 정의)에서 정한 신경 또는 장기에 손상이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
심한상해수술보험금	'심한상해'로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (심한상해의 정의)**

이 특약에서 '심한상해'라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표6] '심한상해 분류표'에서 정한 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 뇌신경의 손상	S04
2. 두개내 손상	S06
3. 목 부위의 신경 및 척수의 손상	S14
4. 흉곽 부위의 신경 및 척수의 손상	S24
5. 심장의 손상	S26
6. 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27

대상이 되는 상병	분류번호
7. 흉곽의 으깬손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단	S28
8. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
9. 복부내 기관의 손상	S36
10. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
11. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
12. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
13. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
14. 둔부 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
15. 아래다리 부분의 신경손상	S84
16. 발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
17. 기타 여러 신체부위의 신경 및 척수의 손상	T06.1
18. 여러 신체부위의 신경의 손상	T06.2
19. 복부내 및 골반기관을 포함한 흉곽내 기관의 손상	T06.5
20. 상세불명의 척수 부위의 손상	T09.3
21. 몸통의 상세불명의 신경, 척추신경뿌리 및 척추 신경총의 손상	T09.4
22. 상세불명의 팔 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
23. 상세불명의 하지 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
24. 상세불명의 신체부위의 신경손상	T14.4
25. 절단 잘린끝의 신경종	T87.3
26. 척수손상의 후유증	T91.3

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 사고로 인하여 심한상해수술보험금 지급사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 심한상해수술보험금만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심한상해수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-32. 중대한특정상해수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘뇌손상’ 또는 ‘내장손상’ 을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘개두(開頭)수술’, ‘개흉(開胸)수술’ 또는 ‘개복(開腹)수술’ 을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
중대한특정상해 수술보험금	상해로 ‘뇌손상’ 또는 ‘내장손상’ 을 입고 사고일부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (뇌손상 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘뇌손상’ 이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표7] ‘중대한 특정상해 분류표’ 에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘내장손상’ 이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표7] ‘중대한 특정상해 분류표’ 에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

- ③ 이 특약에서 ‘개두(開頭)수술’, ‘개흉(開胸)수술’, ‘개복(開腹)수술’ 이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의뢰기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 ‘개두(開頭)수술’, ‘개흉(開胸)수술’, ‘개복(開腹)수술’ 로 보지 않습니다.
  - 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, 충격동, 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, 노관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술보험금 지급사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술보험금만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-33. 상해흉터성형수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 '안면부', '상지', '하지' 에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 1사고당 500만원을 한도로 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부 2년 경과후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

보험금의 종류		지급금액
상해흉터성형수술보험금	상해로 성형수술을 받은 경우	· 안면부 : 수술 1cm당 14만원 · 상지/하지 : 수술 1cm당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함) ※ 최고 500만원 한도

**제2조 (안면부 등의 정의)**

이 특약에서 '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 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말

합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

다만, 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.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 상해흉터성형수술보험금을 지급합니다.
- ② ‘상지’ 또는 ‘하지’ 에 대하여는 3cm 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.
- ③ 길이축적이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나고 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**1-34. 뇌·내장손상수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘뇌손상’ 또는 ‘내장손상’ 을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘개두(開頭)수술’, ‘개흉(開胸)수술’ 또는 ‘개복(開腹)수술’ 을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
뇌·내장손상 수술보험금	상해로 ‘뇌손상’ 또는 ‘내장손상’ 을 입고 사고일로부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (뇌손상 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘뇌손상’ 이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] ‘뇌·내장손상 분류표’ 에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘내장손상’ 이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐,

**무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501)**

위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] '뇌·내장손상 분류표'에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	1. 두개골 및 안면골의 골절 2. 두개내 손상 3. 머리의 으깬손상 4. 머리부분의 외상성 절단 5. 머리의 기타 및 상세불명의 손상	[별표8] 참조
내장손상	1. 심장의 손상 2. 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상 3. 흉곽의 으깬손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단 4. 흉곽의 기타 및 상세불명의 손상 5. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상 6. 복부내 기관의 손상 7. 비뇨 및 골반기관의 손상 8. 복부, 아래등 및 골반 부분의 으깬손상 및 외상성 절단 9. 복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상	

- ③ 이 특약에서 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술' 이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료가구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술'로 보지 않습니다.
- '개두(開頭)수술' 이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
  - '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.
  - '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, 노관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말

합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

다만, 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.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- 동일한 사고로 인하여 뇌·내장손상수술보험금 지급사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 뇌·내장손상수술보험금만을 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.





## 2. 질병관련 특별약관

### 2-1. 질병사망보장 특별약관

#### < 가입 가능한 피보험자의 범위 >

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관의 피보험자(만15세 이상) 본인, 본인의 형제·자매 및 피보험자 본인의 부양자로서 합니다.  
단, 보통약관의 피보험자가 출생 전 자녀(태아)일 경우, 피보험자 본인의 부양자는 임신한 여성에 한합니다.

#### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	질병으로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

#### 제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는

경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

#### 제4조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

#### 제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

#### 제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

### 2-2. 질병사망(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	질병으로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 만15세의 피보험자가 3년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 18세, 21세, 24세 ~ 75세, 78세  
 ⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-3. 모성사망보장 특별약관**

**< 가입 가능한 피보험자의 범위 >**

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관의 피보험자 본인의 부양자로서 임신한 여성에 한합니다.

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병’ ([별표9] ‘여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표’ 참조)으로 인하여 임신 중 또는 분만 후 42일 이내에 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	‘여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병’으로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봄

니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-4. 질병 후유장애 (80%이상)보장 특별약관**

**< 가입 가능한 피보험자의 범위 >**

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 굿앤굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관의 피보험자 본인, 본인의 형제·자매 및 피보험자 본인의 부양자로 합니다. 단, 보통약관의 피보험자가 출생 전 자녀(태아)일 경우, 피보험자 본인의 부양자는 임신한 여성에 한합니다.

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 장애분류표(별표1) '장애분류표' 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
고도후유장애보험금	질병으로 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장애상태가 더 악화된 때

에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일로부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일로부터 1년 이내
- ③ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 굿앤굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 다른 질병으로 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 장애지급률에서 이미 지급받은 후유장애보험금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것

로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 장애지급률에서 이미 지급받은 후유장애보험금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-5. 질병 후유장애(80%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 장애분류표([별표1] ‘장애분류표’ 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발

생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
 다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
고도후유장애 보험금	질병으로 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다.  
 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
  - 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일로부터 2년 이내
  - 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일로부터 1년 이내
- ③ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.  
 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다.  
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.  
다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발

생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-6. 질병 후유장해 (50%이상, 연단위분할지급형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] ‘장해분류표’ 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액의 10% 해당액을 10년간 매년 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	1회 지급액
중증후유장해 보험금	질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액 (1회 지급액을 10년 확정지급)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다.  
다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경

우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
  2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 더하여 지급합니다.  
다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 다른 질병으로 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 장애지급률에서 이미 지급받은 후유장애보험금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.  
다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 장애지급률에서 이미 지급받은 후유장애보험금

에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.

- ⑫ 제1조(보험금의 지급사유)의 후유장애보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 표준이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

### 제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제4조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

## 2-7. 암진단보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘암등의 질병’ 으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)으로 제1호의 암진단보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' , '제자리암' 또는 '경계성종양' 은 진단보험금을 지급하지 않습니다.

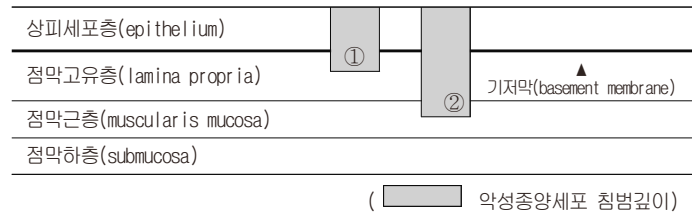
보험금의 종류		지급금액
1. 암 진단보험금	'암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암 진단보험금	'기타피부암' 으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액
3. 갑상선암 진단보험금	'갑상선암' 으로 진단확정된 경우	
4. 대장점막내암 진단보험금	'대장점막내암' 으로 진단확정된 경우	
5. 제자리암 진단보험금	'제자리암' 으로 진단확정된 경우	
6. 경계성종양 진단보험금	'경계성종양' 으로 진단확정된 경우	

**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.  
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 '대장점막내암' 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



< 대장점막내암 예시 >



- ①악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ②악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 이 특약에서 '제자리암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '제자리신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 '경계성종양' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 '암등의 질병' 이라 함은 제1항에서 정한 '암' , 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양' 을 총칭합니다.
- ⑧ '암등의 질병' 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.  
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암등의 질병' 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여'를 위한 선정준칙과 지침' 에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.



**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-8. 암진단(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암등의 질병' 으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다) 다만, 피보험자가 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)으로 제1호의 암진단보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' , '제자리암' 또는 '경계성종양' 은 진단보험금을 지급하지 않습니다.

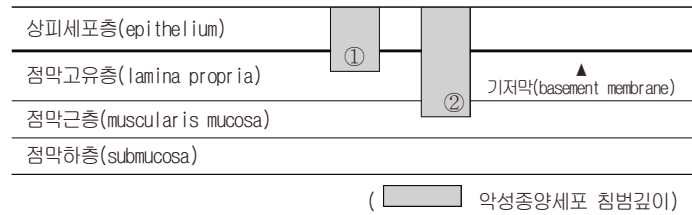
보험금의 종류		지급금액
1. 암 진단보험금	'암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암 진단보험금	'기타피부암' 으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액
3. 갑상선암 진단보험금	'갑상선암' 으로 진단확정된 경우	
4. 대장점막내암 진단보험금	'대장점막내암' 으로 진단확정된 경우	
5. 제자리암 진단보험금	'제자리암' 으로 진단확정된 경우	
6. 경계성종양 진단보험금	'경계성종양' 으로 진단확정된 경우	

**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '악성신 생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악 성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 '대장점막내암' 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악 성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propoia) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하 지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



< 대장점막내암 예시 >



- ①악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ②악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 이 특약에서 '제자리암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '제자리신 생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 '경계성종양' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '행동양식 불명 또는 이상의 신 생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 '암등의 질병' 이라 함은 제1항에서 정한 '암' , 제5항에서 정한 '제자 리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양' 을 총칭합니다.
- ⑧ '암등의 질병' 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피부형자가 '암등의 질병' 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여'를 위한 선정 준칙과 지침' 에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물 (암))의 경우 일차성 악성신 생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

**무배당 갯내아이리더보험(HI 1501)**

- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갯내아이리더보험의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-9. 특정암진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘특정암’ 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
특정암진단보험금	‘특정암’ 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (특정암의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘특정암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘특정암 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
3. 담낭의 악성신생물	C23
4. 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성신생물	C24
5. 췌장이자의 악성신생물	C25
6. 기관의 악성신생물	C33

대상이 되는 질병	분류번호
7. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
8. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
9. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70 ~ C72
10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
11. 만성 골수증식질환, 만성 호산구성 백혈병	D47.1, D47.5

- ② ‘특정암’ 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘특정암’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 갯내아이리더보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-10. 다발성소아암진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘다발성소아암’으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
다발성소아암 진단보험금	‘다발성소아암’으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (다발성소아암의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘다발성소아암’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 14] ‘다발성소아암 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 악성신생물	C70
2. 뇌의 악성신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
4. 호지킨림프종	C81
5. 소포성 림프종	C82
6. 비소포성 림프종	C83
7. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
8. 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
9. 림프성 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
15. 만성 골수증식질환	D47.1
16. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- ② ‘다발성소아암’의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘다발성소아암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다발성소아암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-11. 소아백혈병진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '소아백혈병' 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
소아백혈병 진단보험금	'소아백혈병' 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (소아백혈병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '소아백혈병' 이라 함은 악성으로 변형된 조혈세포가 골수 및 림프조직에서 악성변형이 초래된 후 말초혈액으로 출현하고 다른 조직으로 침윤하는 것을 특징으로 하는 질병으로 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표15] '소아백혈병 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.  
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 림프성 백혈병	091
2. 골수성 백혈병	092
3. 단핵구성 백혈병	093
4. 명시된 세포형의 기타 백혈병	094
5. 상세불명 세포형의 백혈병	095

- ② '소아백혈병' 의 진단확정은 해당 전문의사 자격증을 가진 자에 의해 임상학적으로 진단되고 병리전문의를 의해 골수조직검사 및 혈액검사로 진단되어야 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아백혈병진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-12. 재진단암진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '재진단암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

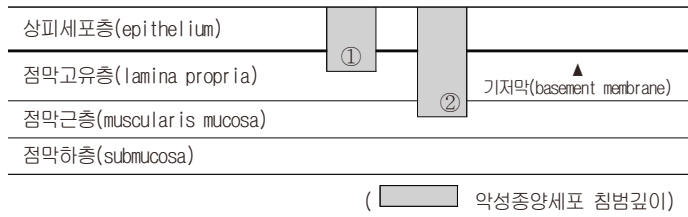
보험금의 종류		지급금액
재진단암 진단보험금	'재진단암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외)으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.  
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 '전립선암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암) (분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 '대장점막내암' 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propoia) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



< 대장점막내암 예시 >

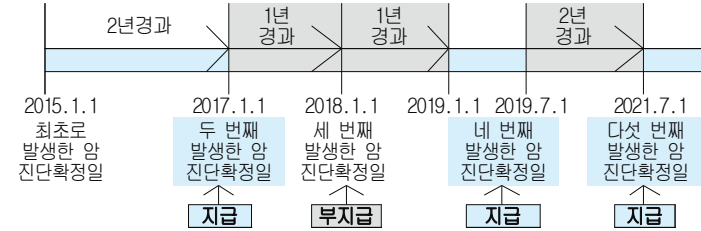


- ①악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ②악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑥ 이 특약에서 '재진단' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외)이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 '재진단 암' 에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 '암' 을 말합니다. 다만, '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' 및 '대장점막내암' 은 제외합니다.
1. 새로운 원발암
  2. 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
  3. 동일 장기에 재발된 암
  4. 계약일 이후 발생한 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외) 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우

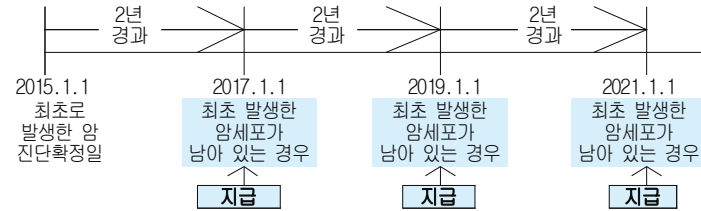
< 예시1 : 제5항 제1호 내지 제3호의 예시 >

새로운 원발암, 동일 장기 또는 타부위 전이암, 동일 장기에 재발암( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외)



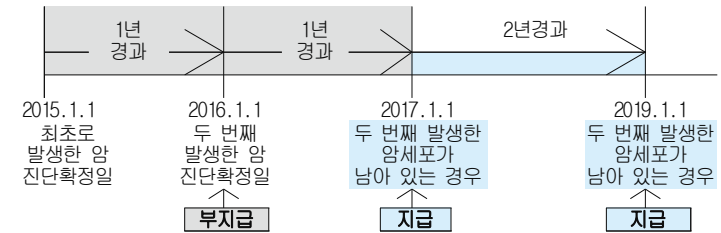
< 예시2 : 제5항 제4호의 예시 >

최초로 발생한 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외) 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우



< 예시3 : 제5항 제4호의 예시 >

계약일 이후 발생한 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외) 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우





⑦ ‘재진단암’의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘재진단암’ 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체

액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

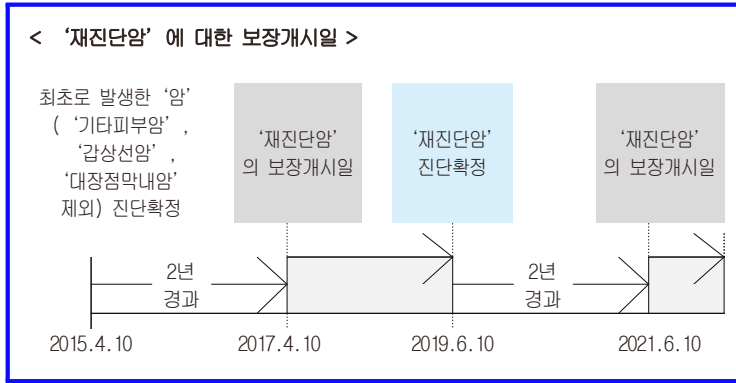


**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 갯앤굿어린이보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘재진단암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’, ‘대장점막내암’ 제외)에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.(이하 ‘재진단암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’, ‘대장점막내암’ 제외)은 ‘재진단암’이라 합니다)
  - 1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’ 제외) 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(전환계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
  - 2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(전환계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



- ⑥ 제5항에서 최초로 발생한 '암' ( '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암' 제외)이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험(HI 1501) 2-7. 암진단보장 특별약관 또는 2-8. 암진단(갱신형)보장 특별약관(이하 '암진단보장 특약'이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암진단보험금이 지급되는 '암' ( '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암' 제외)을 말합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 '재진단암' 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제2조(암등의 질병의 정의 및 진단확정) 제6항 제1호 내지 제4호의 '암'으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-13. 재진단암진단(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '재진단암' ( '기타피부암', '갑상선암', '전립선암', '대장점막내암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
재진단암 진단보험금	'재진단암' ( '기타피부암', '갑상선암', '전립선암', '대장점막내암' 제외)으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

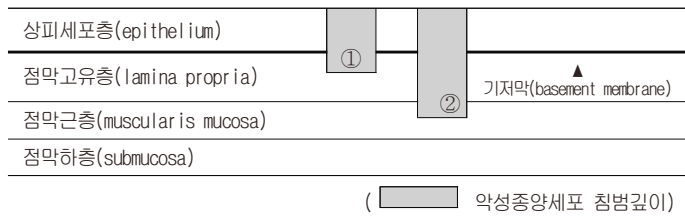
**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '암'이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 '전립선암'이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악

- 성신생물(암)(분류번호 061)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
  - ⑤ 이 특약에서 '대장점막내암' 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propoia) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



< 대장점막내암 예시 >

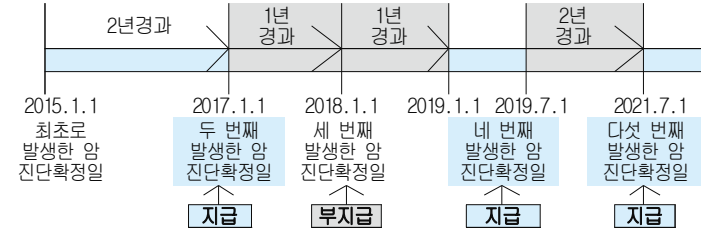


- ①악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ②악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑥ 이 특약에서 '재진단암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외)이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 '재진단암'에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 '암'을 말합니다. 다만, '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' 및 '대장점막내암'은 제외합니다.
  1. 새로운 원발암
  2. 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
  3. 동일 장기에 재발된 암
  4. 계약일 이후 발생한 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외) 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우

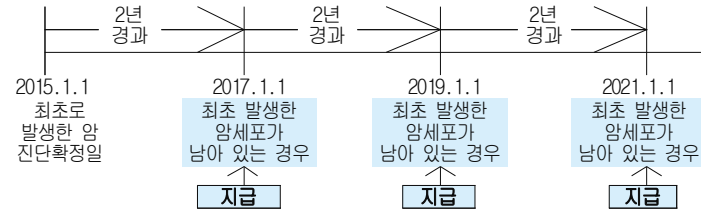
< 예시1 : 제5항 제1호 내지 제3호의 예시 >

새로운 원발암, 동일 장기 또는 타부위 전이암, 동일 장기에 재발암( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외)



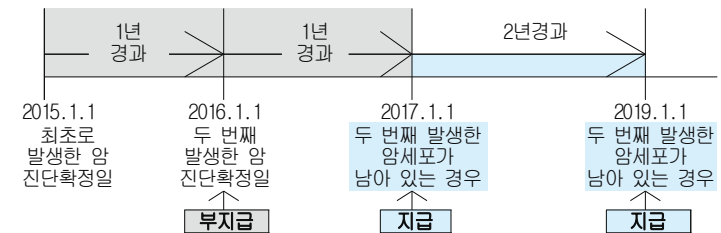
< 예시2 : 제5항 제4호의 예시 >

최초로 발생한 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외) 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우



< 예시3 : 제5항 제4호의 예시 >

계약일 이후 발생한 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '전립선암' , '대장점막내암' 제외) 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우



- ⑦ ‘재진단암’의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘재진단암’ 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체

액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

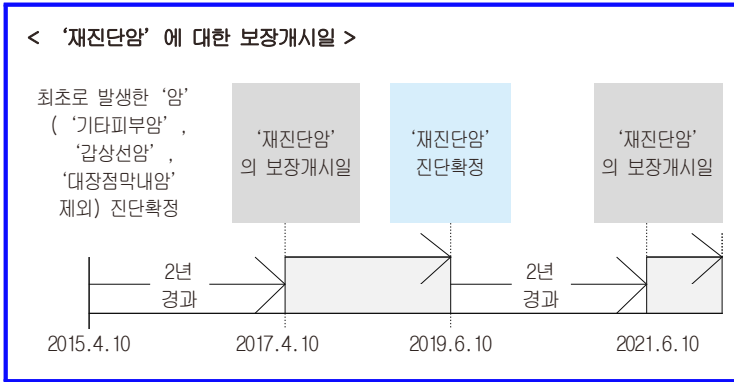


**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 갯앤아이 어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보통약관 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘재진단암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’, ‘대장점막내암’ 제외)에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.(이하 ‘재진단암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’, ‘대장점막내암’ 제외)은 ‘재진단암’이라 합니다)
  1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 ‘암’ (‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’ 제외) 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
  2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



- ⑥ 제5항에서 최초로 발생한 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)이라 함은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(HI1501) 2-7. 암진단보장 특별약관 또는 2-8. 암진단(갱신형)보장 특별약관(이하 '암진단보장 특약' 이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암진단보험금이 지급되는 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)을 말합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 '재진단암' 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제2조(암등의 질병의 정의 및 진단확정) 제6항 제1호 내지 제4호의 '암' 으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 [갱신종료나이-2]세까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 하며, 갱신시점 나이가 [갱신종료나이-2]세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세 ~ 95세, 98세, 99세  
 ⇒ 98세, 99세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 1년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자에게 [갱신종료나이-2]세까지 암진단보장 특약 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우에는 이 특약은 [갱신종료나이-2]세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
- ⑥ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**무배당 국민굿어린아이보험(HI 1501)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-14. 뇌졸중진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘뇌졸중’ 또는 ‘신생아뇌출혈’ 로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘뇌졸중’으로 제1호의 뇌졸중진단보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘신생아뇌출혈’은 진단보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 뇌졸중 진단보험금	‘뇌졸중’으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 신생아뇌출혈 진단보험금	‘신생아뇌출혈’로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액

**제2조 (뇌졸중 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘뇌졸중’ 및 ‘신생아뇌출혈’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에

있어서 [별표16] ‘뇌졸중 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌졸중	1. 지주막하출혈	160
	2. 뇌내출혈	161
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
	4. 뇌경색증	163
	5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
신생아 뇌출혈	1. 출산 손상으로 인한 두개강내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개강내 비외상성 출혈	P52

- ② ‘뇌졸중’ 및 ‘신생아뇌출혈’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 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘뇌졸중’ 및 ‘신생아뇌출혈’로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌졸중진단보험금 및 신생아뇌출혈진단보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ② 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 국민굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못

할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌졸중진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-15. 뇌졸중진단(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘뇌졸중’ 또는 ‘신생아뇌출혈’로 진

단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘뇌졸중’으로 제1호의 뇌졸중진단보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘신생아뇌출혈’은 진단보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 뇌졸중 진단보험금	‘뇌졸중’으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 신생아뇌출혈 진단보험금	‘신생아뇌출혈’로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액

**제2조 (뇌졸중 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘뇌졸중’ 및 ‘신생아뇌출혈’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] ‘뇌졸중 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌졸중	1. 지주막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
신생아 뇌출혈	1. 출산 손상으로 인한 두개강내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개강내 비외상성 출혈	P52

- ② ‘뇌졸중’ 및 ‘신생아뇌출혈’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 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘뇌졸중’ 및 ‘신생아뇌출혈’로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌졸중진단보험금 및 신생아뇌출혈진단보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ② 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 갱신어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌졸중진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.



- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-16. 뇌혈관질환진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘신생아뇌출혈’ 로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 피보험자가 ‘뇌혈관질환’으로 제1호의 뇌혈관질환진단보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘신생아뇌출혈’은 진단보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 뇌혈관질환 진단보험금	‘뇌혈관질환’으로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 신생아뇌출혈 진단보험금	‘신생아뇌출혈’로 진단확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액

**제2조 (뇌혈관질환 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘뇌혈관질환’ 및 ‘신생아뇌출혈’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표17] ‘뇌혈관질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌혈관 질환	1. 지주막하출혈	160
	2. 뇌내출혈	161
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
	4. 뇌경색증	163
	5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
	7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
	8. 기타 뇌혈관 질환	167
	9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
	10. 뇌혈관 질환의 후유증	169
신생아 뇌출혈	1. 출산 손상으로 인한 두개강내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개강내 비외상성 출혈	P52

- ② ‘뇌혈관질환’ 및 ‘신생아뇌출혈’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 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘뇌혈관질환’ 및 ‘신생아뇌출혈’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌혈관질환진단보험금 및 신생아뇌출혈진단보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ② 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를

말합니다.

- ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 뇌혈관질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-17. 급성심근경색증진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘급성심근경색증’으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
급성심근경색증 진단보험금	‘급성심근경색증’으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘급성심근경색증’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 18] ‘급성심근경색증 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

- 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 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘급성심근경색증’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험

(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-18. 급성심근경색증진단(강신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증' 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
급성심근경색증 진단보험금	'급성심근경색증' 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '급성심근경색증' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 18] '급성심근경색증 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

- 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 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '급성심근경색증' 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(강

**무배당 국안굿어린아이보험(HI1501)**

신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 국안굿어린아이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 월 계약(이하 ‘갱신계약’ 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-19. 허혈성심장질환진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘허혈성심장질환’으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
허혈성심장질환 진단보험금	‘허혈성심장질환’으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘허혈성심장질환’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 19] ‘허혈성심장질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 협심증	120
2. 급성 심근경색증	121
3. 이차성 심근경색증	122
4. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	123
5. 기타급성허혈성심장질환	124
6. 만성허혈성심장병	125

- ② ‘허혈성심장질환’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 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘허혈성심장질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :  
 기관관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-20. 항암방사선약물치료보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘암’ 으로 진단확정되고, 그 ‘암’ 의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)  
 다만, 피보험자가 ‘암’ ( ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선약물치료보령금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’ 은 항암방사선약물치료보령금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암방사선약물치료보령금	‘암’ ( ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암의 항암방사선약물치료보령금	‘기타피부암’ 으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암의 항암방사선약물치료보령금	‘갑상선암’ 으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우	

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] ‘악성신 생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.  
 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.  
 ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부

- 의 악성신 생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.  
 ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악 성신 생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.  
 ④ ‘암’ 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.  
 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ 으로 진단 또 는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’ 에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물 (암))의 경우 일차성 악성신 생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’ 라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자 격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선 (ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.  
 ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’ 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암 의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않 습니다.  
 ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱 신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에 는 이 특약에 따라 보장합니다.  
 ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 국민건강보험

(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암방사선약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-21. 항암방사선약물치료(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암' 으로 진단확정되고, 그 '암' 의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
 다만, 피보험자가 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암' 은 항암방사선약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암의 항암방사선약물치료보험금	'암' ( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암의 항암방사선약물치료보험금	'기타피부암' 으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암의 항암방사선약물치료보험금	'갑상선암' 으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.  
 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ '암' 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.  
 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 으로 진단 또

는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 국민굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보

험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암방사선약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나일까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.





**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-22. 질병특정고도장해보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 '질병특정고도장해'가 되거나 '5대장애' 중 하나 이상의 장애가 발생하여 '1급 또는 2급 장애인' 이

된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류	지급금액
질병특정고도장해보험금	'질병특정고도장해'가 되거나 '5대장애' 중 하나 이상의 장애가 발생하여 '1급 또는 2급 장애인'이 된 경우 이 특약의 보험가입금액

**제2조 (질병특정고도장해 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '질병특정고도장해'라 함은 [별표20] '질병특정고도장해 판정기준'의 1.에서 정한 장애상태가 되었을 경우 및 [별표20] '질병특정고도장해 판정기준'의 2.~8.에서 정한 장애상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장애상태의 원인이 되는 질병의 최초 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
- ② 회사는 피보험자의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초 진단확정일부터 180일이 지난 날의 의사진단에 기초하여 장애상태를 결정합니다.
- ③ 이 특약에서 '5대장애'라 함은 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 '1급 또는 2급 장애인'이라 함은 '장애인복지법 시행령' 제2조 및 '장애인복지법 시행규칙' 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다)을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 '장애등급의 판정기준' (이하 '장애등급 판정기준'이라 합니다)이 '장애인복지법 시행령' 및 '장애인복지법 시행규칙' (이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 '장애등급 판정기준'이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '장애등급 판정기준'에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.



< 예시 : 장애등급 판정기준이 현행 1-6급에서 장애등급 판정기준이 '중증' 과 '경증' 으로 변경되는 경우 >

- ③ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 국민주거연금보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 피보험자의 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
  - 2. 피보험자의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병특정고도장애보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-23. 말기신부전증진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '말기신부전증' 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류	보험금의 종류	지급금액
말기신부전증 진단보험금	'말기신부전증' 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (말기신부전증의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '말기신부전증' 이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제6차 개정 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.([별표21] '말기신

부전증 분류표' 참조)

- ② '말기신부전증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.  
또한, 회사가 '말기신부전증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정된 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-24. 양성뇌종양진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
양성뇌종양 진단보험금	'양성뇌종양'으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (양성뇌종양의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '양성뇌종양'이라 함은 [별표22] '양성뇌종양 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

가. 양성뇌종양이라 함은 생명에 치명적이며 양이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

나. 위 가.의 양성뇌종양은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말합니다.

다. 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.

라. 양성뇌종양의 진단확정은 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

- ② '양성뇌종양'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- 또한, 회사가 '양성뇌종양'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 국민굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-25. 심장관련소아특정질병진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심장관련 소아특정질병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
심장관련소아특정질병 진단보험금	'심장관련 소아특정질병' 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (심장관련 소아특정질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '심장관련 소아특정질병' 이라 함은 '심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)' 및 '판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)' 을 말합니다.
  - ② 제1항에서 '심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)' 이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥(심장동맥)의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.
  - ③ 제1항에서 '판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)' 이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.
  - ④ '심장관련 소아특정질병' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- 또한, 회사가 '심장관련 소아특정질병' 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약

의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장관련소아특정질병진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-26. 중대한재생활양성빈혈진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

**무배당 국산국어린이보험(HI 1501)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘중대한 재생불량성빈혈’로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
중대한재생불량성빈혈 진단보험금	‘중대한 재생불량성빈혈’로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (중대한 재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘중대한 재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)’이라 함은 ‘영구적인 재생불량성빈혈’로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 ‘영구적인 재생불량성빈혈’이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 200/mm<sup>3</sup> 미만이거나, 또는 골수세포총실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 두 가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
  1. 호중구 수가 500/mm<sup>3</sup> 미만
  2. 혈소판 수가 20,000/mm<sup>3</sup> 미만
  3. 망상적혈구 수가 20,000/mm<sup>3</sup> 미만
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 ‘재생불량성빈혈’은 제외합니다.
- ④ ‘중대한 재생불량성빈혈’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.  
또한, 회사가 ‘중대한 재생불량성빈혈’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 국산국어린이보험

(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-27. 특정 전염병 진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘특정전염병’에 감염되어 ‘전염병환자’로 진단 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
특정전염병 진단보험금	‘특정전염병’에 감염되어 ‘전염병환자’로 진단 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (특정전염병의 정의)**

이 특약에서 ‘특정전염병’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표23] ‘특정전염병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1 ~ A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장 출혈성 대장균 감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33 ~ A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진(독일홍역)	B06
14. 볼거리	B26
15. 단저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렘토스피라병	A27
18. 성홍열	A38

대상이 되는 질병	분류번호
19. 수막구균 수막염	A39.0
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재항균인병	A48.1 ~ A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장중추균을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50 ~ B54

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-28. 특정전염병 진단(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘특정전염병’에 감염되어 ‘전염병환자’로 진단 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
특정전염병 진단보험금	‘특정전염병’에 감염되어 ‘전염병환자’로 진단 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (특정전염병의 정의)**

이 특약에서 ‘특정전염병’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표23] ‘특정전염병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1 ~ A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장 출혈성 대장균 감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33 ~ A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진(독일홍역)	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 램투스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막구균 수막염	A39.0
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재향군인병	A48.1 ~ A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50 ~ B54

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 국민굿어린아이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는



경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인

하여 인상될 수 있습니다.

- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료날짜까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-29. 중증세균성수막염진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘중증 세균성 수막염’ 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
중증세균성수막염 진단보험금	‘중증 세균성 수막염’ 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (중증 세균성 수막염의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘중증 세균성 수막염’ 이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성 수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서 제 6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 G00(달리 분류되지 않은 세균수막염), G01(달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염)에 해당되는 질환으로 다음을 동시에 만족하는 경우를 말합니다.
  1. 척수액에서 세균의 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백 증가가 나타남
  2. 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 ‘중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍’ 을 보임  
이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 합니다.
- ② 제1항의 ‘뇌영상 검사상의 이상 소견’ 이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 경막하삼출(subdural effusion), 수두증(Hydrocephalus), 뇌종양(Brain abscess), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 경막하혈종(Subdural hematoma), 뇌기형(Megacisterna magna), 국소적허혈(Focal infarction), 작은종괴(Mass), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다.  
이때 이 소견들은 ‘중증 세균성 수막염’ 의 특징적 소견이 발병한 당시 새롭게 출현할 수 있는 근거로 하여야 합니다.
- ③ 제1항에서 ‘중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍’ 이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장애분류표상 신경계, 정신행동장애의 해당지급률 25% 이상인 장애상태를 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여

과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증세균성수막염진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-30. 인슐린의존당뇨병진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘인슐린의존 당뇨병’ 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
인슐린의존당뇨병 진단보험금	‘인슐린의존 당뇨병’ 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (인슐린의존 당뇨병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘인슐린의존 당뇨병’ 이라 함은 체중에서 인슐린 분비가 감소됨으로써 대사에 장애가 생기고 혈당이 높아지는 질병으로 해당 전문의에 의해 [별표24] ‘인슐린의존 당뇨병 대상 분류표’ 에서 정한 ‘인슐린의존 당뇨병’ 으로 진단 받는 경우를 말합니다.
- ② ‘인슐린의존 당뇨병’ 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의원, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.  
또한, 회사가 ‘인슐린의존 당뇨병’ 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않

습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 인슐린의존당뇨병진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-31. 성조숙증진단보장 특별약관**

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험계약일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 '성조숙증' 으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
성조숙증 진단보험금	'성조숙증' 으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (성조숙증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '성조숙증' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표25] '성조숙증 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
조발 사춘기	E30.1

- ② '성조숙증' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께 관련검사(호르몬검사, 영상검사 등)에서 기질적 이상이 확인된 때를 말합니다.  
또한, 회사가 '성조숙증' 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 합니다.
- ② 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여

과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 피보험자의 약물복용

제5조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성조숙증진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-32. 신생아장해출생진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
1. 저체중아출생보험금	피보험자의 체중이 출생시 2,000그램 이하인 경우 (이하 '저체중아 출생'이라 합니다)	이 특약 보험가입금액의 1% 해당액
2. 장해출생보험금	피보험자가 [별표26] '장해의 대상 분류표'에 해당하는 장해를 가지고 있는 경우 (이하 '장해 출생'이라 합니다)	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액
3. 심한장해출생보험금	피보험자가 [별표27] '심한장해의 대상 분류표'에 해당하는 심한장해를 가지고 있는 경우 (이하 '심한장해 출생'이라 합니다)	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 자녀가 출생한 날부터 1년(제1조(보험금의 지급사유) 제3호의 심한장해에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하 '사고발견

- 기간'이라 합니다) 이내에 의사의 진단에 의하여 사고가 발견된 경우에 한하여 보장하여 드립니다.
- ② 피보험자가 태아로 출생한 경우 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급합니다.
  - ③ 1인의 자녀에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 저체중아 출생, 장해 출생 또는 심한장해 출생 중 두 가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함합니다)에는 각각에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급합니다.
  - ④ 1인의 자녀에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 장해 중 두 가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장해에 대해서만 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 보험금을 지급합니다.
  - ⑤ 1인의 자녀에게 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한 심한장해 중 두 가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에 따라 보험금을 지급합니다.
  - ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 부모가 고의로 피보험자를 해친 경우
2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

**제4조 (보장의 시기 및 종기)**

- ① 피보험자에 대한 회사의 보장은 보험증권에 기재된 이 특약의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다)의 첫날에 시작하여 사고발견기간이 종료된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료 전이라도 사고가 발견되어 보험금이 지급된 경우에는 해당 보장의 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다. 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 사고에 대하여는 보장하지 않습니다.

**제5조 (무효 또는 해지인 경우의 환급)**

- ① 보험계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 이미 납입한 보험료와 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**무배당 갯내어린이보험(HI1501)**

- ② 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급합니다.  
다만, 보험계약의 해지가 피보험자의 출생 후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 갯내어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 출생전 자녀가입 특별약관을 따릅니다.

**2-33. 유산진단보장 특별약관**

**< 가입 가능한 피보험자의 범위 >**

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 갯내어린이보험(HI1501) 보통약관의 피보험자 본인의 부양자로서 임신한 여성에 한합니다.

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘유산’으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
유산진단보험금	‘유산’으로 진단확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제3조 (유산의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘유산’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표28] ‘유산 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

유산의 대상 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	000
2. 포상기태	001
3. 기타 비정상적 수태부산물	002
4. 자연유산	003
5. 의학적 유산	004
6. 기타유산	005
7. 상세불명의 유산	006
8. 시도된 유산의 실패	007
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증	008

- ② ‘유산’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 ‘태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공임신중절수술)’은 보장에서 제외합니다.  
다만, 모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당하는 경우에는 보장에서 제외하지 않습니다.



- ※ 모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계)  
: 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
1. 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
  2. 본인이나 배우자가 전염성 질환이 있는 경우
  3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우
  4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우
  5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우
- ※ 모자보건법시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)
1. 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 가능
  2. 인공임신중절수술이 허용되는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환 : 연골무형성증, 남성성유증 및 그밖의 유전성 질환 등
  3. 인공임신중절수술이 허용되는 전염성질환 : 풍진, 특소플라즈마증 등

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보

험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우  
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
  2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우  
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
  4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-34. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관**

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

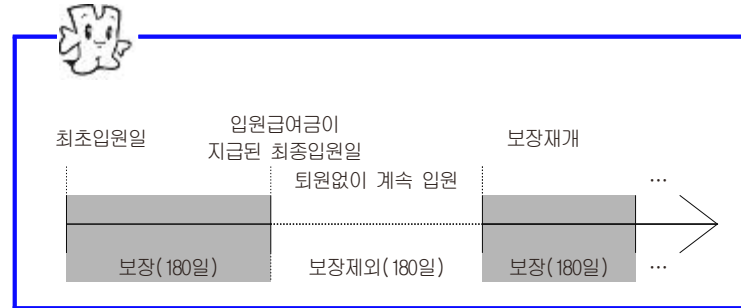
보험금의 종류		지급금액
질병입원급여금	질병으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
다만, 다음과 같이 질병입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)



- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
  - 2. 성병
  - 3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 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, 치료질환

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-35. 질병입원일당(1일 이상)(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
 다만, 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

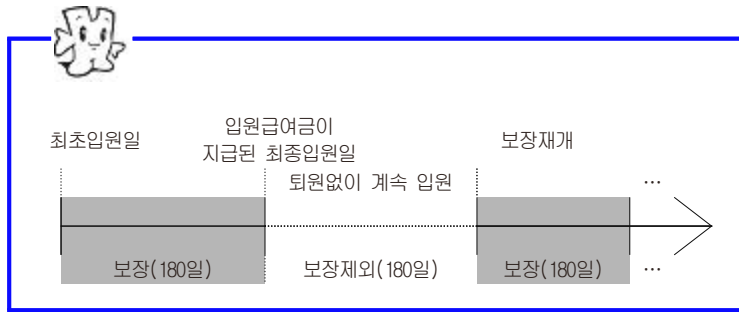
보험금의 종류		지급금액
질병입원급여금	질병으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
 다만, 다음과 같이 질병입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 갠케어리이디보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
  - 2. 성병
  - 3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 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, 치료질환

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인

하여 인상될 수 있습니다.

- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-36. 질병입원일당(1일 이상, 중환자실)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
다만, 질병중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
질병중환자실 입원급여금	질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도)

**제2조 (중환자실의 정의)**

이 특약에서 ‘중환자실’이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표5] ‘의료기관의 시설규격’ 참조)을 말합니다.



**※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건**

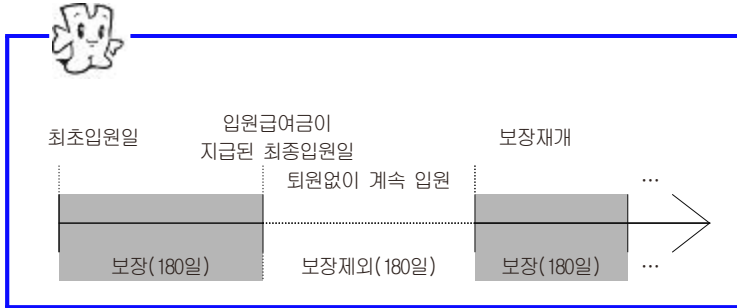
- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 10㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스트포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 중환자실에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’ 이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
- 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- 다만, 다음과 같이 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’ 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병중환자실입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가

- 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 국안굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
  2. 성병
  3. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
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, 치료질환

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발

생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-37. 암 직접 치료입원일당(4일 이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

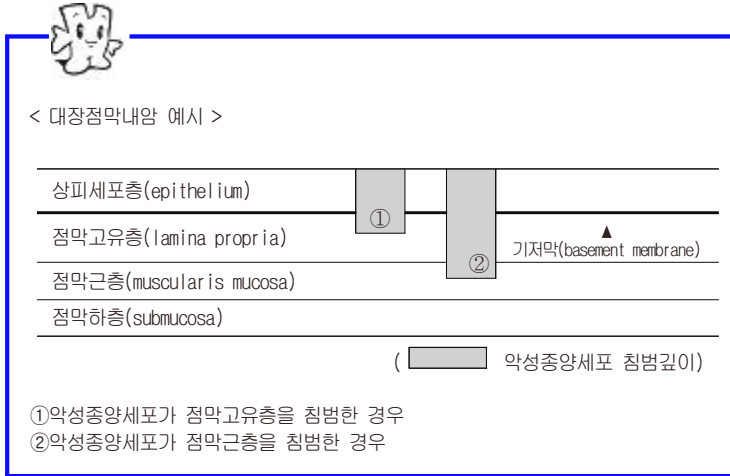
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘암등의 질병’ 으로 진단확정되고, 그 ‘암등의 질병’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다) 다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암 직접치료 입원급여금	‘암’ ( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘대장점막내암’ 제외)의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액(120일 한도)
2. 기타피부암 직접치료 입원급여금	‘기타피부암’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액(120일 한도)
3. 갑상선암 직접치료 입원급여금	‘갑상선암’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	
4. 대장점막내암 직접치료 입원급여금	‘대장점막내암’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	
5. 제자리암 직접치료 입원급여금	‘제자리암’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	
6. 경계성종양 직접치료 입원급여금	‘경계성종양’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	

**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] ‘악성신 생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’ 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propoia) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하

지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘경계성중양’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘암등의 질병’ 이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성중양’ 을 총칭합니다.
- ⑧ ‘암등의 질병’ 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.  
 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암등의 질병’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

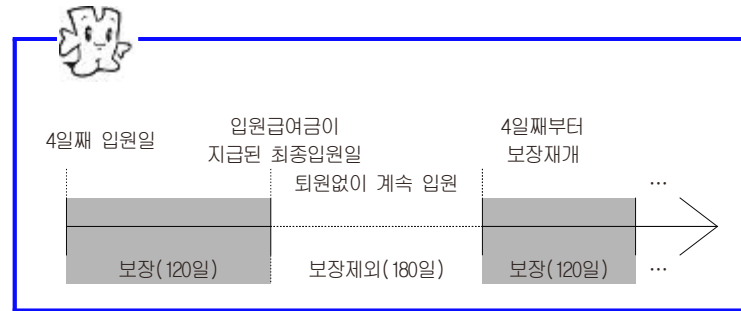
**【유의사항】**  
 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’ 에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘암등의 질병의 직접치료를 목적으로 한 입원’ 이란 의사에 의해 ‘암등의 질병’ 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘암등의 질병’ 의 치료 중에 발생한 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.
- ② 동일한 ‘암등의 질병’ 의 직접치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
 그러나 동일한 ‘암등의 질병’ 에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
 다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’ 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 ‘암등의 질병’ 으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘암등의 질병’ 의 직접치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도

- 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
  - ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
  - ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
  - ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
  - ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
  - ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-38. 암직접치료입원일당(4일이상)(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암등의 질병' 으로 진단확정되고, 그 '암등의 질병' 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
 다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암 직접치료 입원급여금	‘암’ ( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘대장점막내암’ 제외)의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액(120일 한도)
2. 기타피부암 직접치료 입원급여금	‘기타피부암’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액(120일 한도)
3. 갑상선암 직접치료 입원급여금	‘갑상선암’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	
4. 대장점막내암 직접치료 입원급여금	‘대장점막내암’ 의 직접치료를 목적으로 4일이상 계속입원한 경우	
5. 제자리암 직접치료 입원급여금	‘제자리암’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	
6. 경계성종양 직접치료 입원급여금	‘경계성종양’ 의 직접치료를 목적으로 4일 이상 계속입원한 경우	

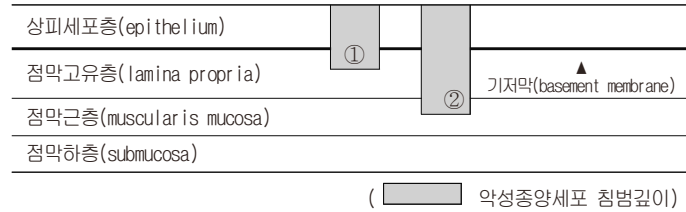
**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] ‘악성신 생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.  
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악 성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’ 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악 성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propoia) 또는 점막근층(muscular is mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하

지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



< 대장점막내암 예시 >



- ①악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ②악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘제자리신 생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘암등의 질병’ 이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’ , 제5항에서 정한 ‘제자 리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- ⑧ ‘암등의 질병’ 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암등의 질병’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’ 에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물 (암))의 경우 일차성 악성신 생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

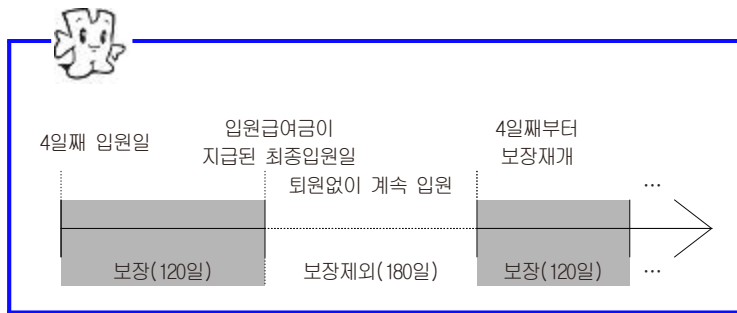


**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암등의 질병의 직접치료를 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.
- ② 동일한 '암등의 질병' 의 직접치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '암등의 질병' 에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원' 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '암등의 질병' 으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암등의 질병' 의 직접치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도

퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.


**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-39. 피부질환입원일당(4일이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '피부질환' 으로 진단확정되고, 그 '피부질환' 의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
 다만, 피부질환입원일당금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
피부질환 입원일당금	'피부질환' 으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제2조 (피부질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '피부질환' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표29] '피부질환 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 피부 및 피하조직의 감염	L00 ~ L08
2. 수포성 장애	L10 ~ L14
3. 피부염 및 습진	L20 ~ L30
4. 구진비늘 장애	L40 ~ L45
5. 두드러기 및 홍반	L50 ~ L54
6. 피부 및 피하조직의 방사선 관련성 장애	L55 ~ L59
7. 피부 부속물의 장애	L60 ~ L75
8. 피부 및 피하조직의 기타장애	L80 ~ L99

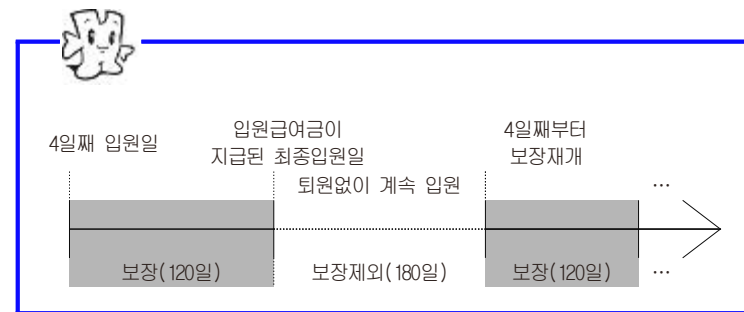
② ‘피부질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘피부질환’의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘피부질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사에 의해 ‘피부질환’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘피부질환’의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘피부질환’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘피부질환’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘피부질환’으로 진단된 경우에는 이는 ‘피부질환’의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 ‘피부질환’의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
그러나 동일한 ‘피부질환’에 대한 입원이라도 피부질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
다만, 다음과 같이 피부질환입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 피부질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 ‘피부질환’으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘피부질환’의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 피부질환입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 피부질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

**무비당 국민건강인ici보험(HI1501)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나고 나서 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-40. 식중독입원일당(4일 이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘식중독’으로 진단확정되고, 그 ‘식중독’의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
 다만, 식중독입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
식중독 입원급여금	‘식중독’으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제2조 (식중독의 정의)**

이 특약에서 ‘식중독’이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표30] ‘식중독 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

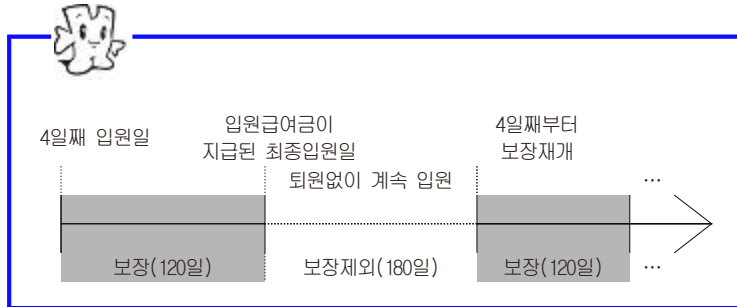
**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘식중독’의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘식중독의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사의 의해 ‘식중독’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘식중독’의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘식중독’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘식중독’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘식중독’으로 진단된 경우에는

- 이는 '식중독'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 '식중독'의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
그러나 동일한 '식중독'에 대한 입원이라도 식중독입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
다만, 다음과 같이 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '식중독'으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '식중독'의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 식중독입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 식중독입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-41. 어린이 12대다발성질병입원일당(4일 이상)(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

**무배당 국민연금어린이보험(HI 1501)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘어린이12대다발성질환’으로 진단확정되고, 그 ‘어린이12대다발성질환’의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 어린이12대다발성질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
어린이12대다발성질환 입원급여금	‘어린이12대다발성질환’으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

**제2조 (어린이12대다발성질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 ‘어린이12대다발성질환’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표31] ‘어린이12대다발성질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 결핵 2. 바이러스 감염 3. 당뇨병 4. 수막염 5. 중이염 6. 급성상기도 감염 7. 폐렴 및 급성기관지염 8. 천식 9. 만성 부비동염 10. 충수염 11. 탈장 및 장폐색 12. VDT중후군 관련	[별표31] 참조

② ‘어린이12대다발성질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

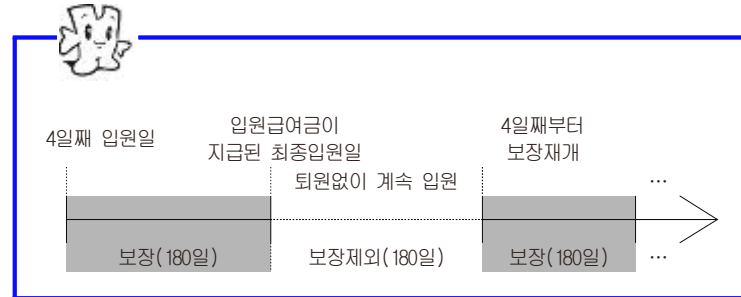
**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘어린이12대다발성질환’의 치료가 필요하

다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘어린이12대다발성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사에 의해 ‘어린이12대다발성질환’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘어린이12대다발성질환’의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘어린이12대다발성질환’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘어린이12대다발성질환’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘어린이12대다발성질환’으로 진단된 경우에는 이는 ‘어린이12대다발성질환’의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 ‘어린이12대다발성질환’의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
그러나 동일한 ‘어린이12대다발성질환’에 대한 입원이라도 어린이12대다발성질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
다만, 다음과 같이 어린이12대다발성질환입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 어린이12대다발성질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 ‘어린이12대다발성질환’으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘어린이12대다발성질환’의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 어린이12대다발성질환입원급여금을 계속 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 어린이2대다발성질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’ 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 30세까지 갱신하는 경우 >  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 26세, 29세  
 ⇒ 29세 갱신시점에서는 30세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 1년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

**무비당 국민굿어린아이보험(HI1501)**

만약, 이 보령료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-42. 자녀 10대질병입원일당(4일 이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '자녀10대질병' 으로 진단확정되고, 그 '자녀10대질병' 의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다) 다만, 자녀10대질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
자녀10대질병 입원급여금	'자녀10대질병' 으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제2조 (자녀10대질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '자녀10대질병' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 32] '자녀10대질병 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 장 감염 2. 결핵 및 결핵의 후유증 3. 수막염 4. 간질 5. 중이염 6. 급성 상기도염 및 급성 하기도염 7. 폐렴 8. 천식 9. 위, 십이지장 궤양 및 염증 10. 탈장 및 장폐색	[별표32] 참조

② '자녀10대질병' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의함이다.

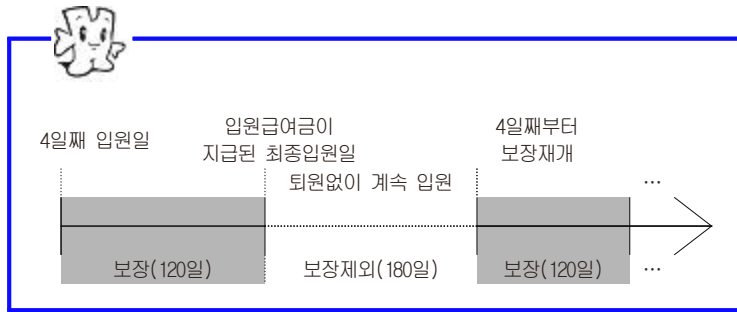
**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원' 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 '자녀10대질병' 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '자녀10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 '자녀10대질병' 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '자녀10대질병' 의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '자녀10대질병' 을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '자녀10대질병' 의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '자녀10대질병' 으로 진단된 경우에는 이는 '자녀10대질병' 의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 '자녀10대질병' 의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '자녀10대질병' 에 대한 입원이라도 자녀10대질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 자녀10대질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 자녀10대질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.





- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 ‘자녀10대질병’으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘자녀10대질병’의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 자녀10대질병입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 자녀10대질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-43. 환경성질환입원일당(1일이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘환경성질환’으로 진단확정되고, 그 ‘환경성질환’의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
 다만, 환경성질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
환경성질환 입원급여금	'환경성질환' 으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

**제2조 (환경성질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '환경성질환' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표33] '환경성질환 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 아토피	L20
2. 알레르기성 비염	J30
3. 천식	J45 ~ J46
4. 급성기관지염	J20 ~ J21
5. 폐렴	J12 ~ J18
6. 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
7. 중금속에 의한 질환	N14, R78, T56

- ② '환경성질환' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

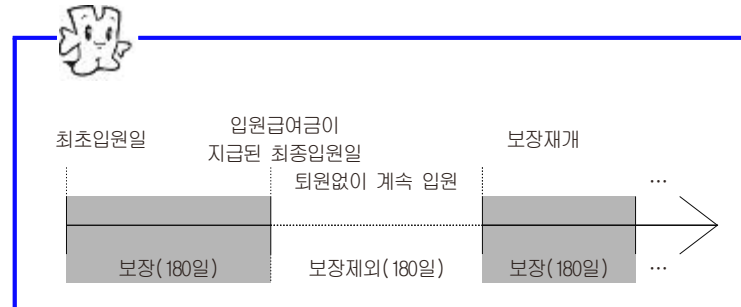
**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원' 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 '환경성질환' 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '환경성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 '환경성질환' 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '환경성질환' 의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '환경성질환' 을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '환경성질환' 의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '환경성질환' 으로 진단된 경우에는 이는 '환경성질환' 의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ② 동일한 '환경성질환' 의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '환경성질환' 에 대한 입원이라도 환경성질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 환경성질환입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 환경성질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원' 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '환경성질환' 으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '환경성질환' 의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 환경성질환입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 환경성질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 국민건강보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약

의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-44. 생활질환입원일당(1일이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘생활질환’으로 진단확정되고, 그 ‘생

활질환’의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 생활질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
생활질환 입원급여금	‘생활질환’으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제2조 (생활질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘생활질환’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표34] ‘생활질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 아토피 피부염	L20
2. 비화농성 중이(가운데귀)염	H65
3. 화농성 및 상세불명의 중이(가운데귀)염	H66
4. 달리 분류된 질환에서의 중이(가운데귀)염	H67
5. 급성 부비동염	J01
6. 만성 부비동염	J32

- ② ‘생활질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘생활질환’의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘생활질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원’이란 의사에 의해 ‘생활질환’으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, ‘생활질환’의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘생활질환’을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만

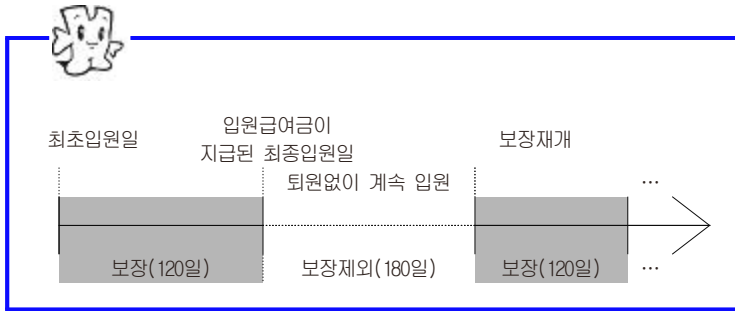
‘생활질환’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘생활질환’으로 진단된 경우에는 이는 ‘생활질환’의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 ‘생활질환’의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 ‘생활질환’에 대한 입원이라도 생활질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 생활질환입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 생활질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



③ 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 ‘생활질환’으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘생활질환’의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 생활질환입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 생활질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는

경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-45. VDT증후군입원일당(1일이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 'VDT증후군' 으로 진단확정되고, 그 'VDT증후군' 의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
다만, VDT증후군입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
VDT증후군 입원급여금	'VDT증후군' 으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제2조 (VDT증후군의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 'VDT증후군' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표35] 'VDT증후군 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 근육 장애	M60 ~ M63
2. 윤활막 및 힘줄 장애	M65 ~ M68
3. 결합조직의 기타 전신 침범	M35
4. 기타 연조직 장애	M70 ~ M79
5. 기타 관절연골 장애, 인대장애	M24.1, M24.2
6. 관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
7. 경추상완증후군	M53.1
8. 팔의 단일신경병증	G56

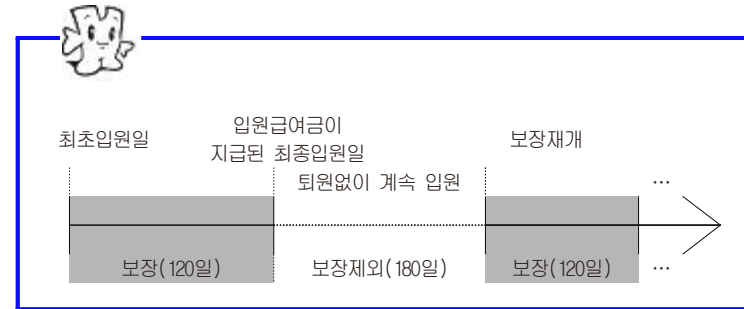
② 'VDT증후군' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원' 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 'VDT증후군' 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 'VDT증후군의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 'VDT증후군' 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 'VDT증후군' 의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 'VDT증후군' 을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 'VDT증후군' 의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 'VDT증후군' 으로 진단된 경우에는 이는 'VDT증후군' 의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 'VDT증후군' 의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
그러나 동일한 'VDT증후군' 에 대한 입원이라도 VDT증후군입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
다만, 다음과 같이 VDT증후군입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 VDT증후군입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원' 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 'VDT증후군' 으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 'VDT증후군' 의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 VDT증후군입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 VDT증후군입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가

- 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 국안굿어린아이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
  - ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
  - ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-46. 희귀난치성질환입원일당(4일 이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '희귀난치성질환' 으로 진단확정되고, 그 '희귀난치성질환' 의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
 다만, 희귀난치성질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
희귀난치성질환입원급여금	'희귀난치성질환' 으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제2조 (희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '희귀난치성질환' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 36] '희귀난치성질환 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② '희귀난치성질환' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원' 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 '희귀난치성질환' 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

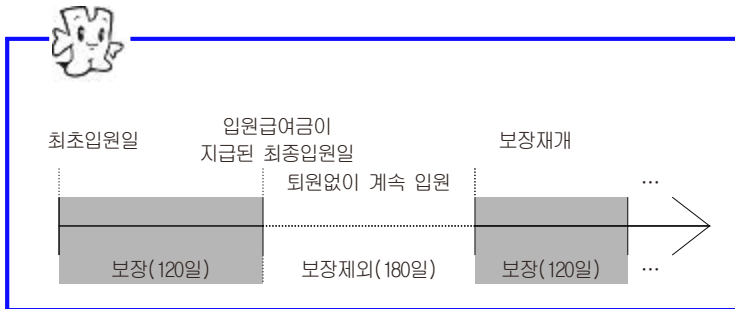
- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 '희귀난치성질환' 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '희귀난치성질환' 의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '희귀난치성질환' 을 입원치료의 주

된 목적으로 하는 경우에만 ‘희귀난치성질환’의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 ‘희귀난치성질환’으로 진단된 경우에는 이는 ‘희귀난치성질환’의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ② 동일한 ‘희귀난치성질환’의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 ‘희귀난치성질환’에 대한 입원이라도 희귀난치성질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 희귀난치성질환입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 희귀난치성질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 ‘희귀난치성질환’으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘희귀난치성질환’의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 희귀난치성질환입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 희귀난치성질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험

(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-47. 선천이상입원일당(1일이상)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '선천이상' 으로 진단확정되고, 그 '선천이상' 의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)  
 다만, 선천이상입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
선천이상 입원급여금	'선천이상' 으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제2조 (선천이상의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '선천이상' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표37] '선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

선천이상의 대상 질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00 ~ Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10 ~ Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20 ~ Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30 ~ Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35 ~ Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38 ~ Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50 ~ Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60 ~ Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65 ~ Q79
10. 기타 선천기형	Q80 ~ Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90 ~ Q99

- ② '선천이상' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

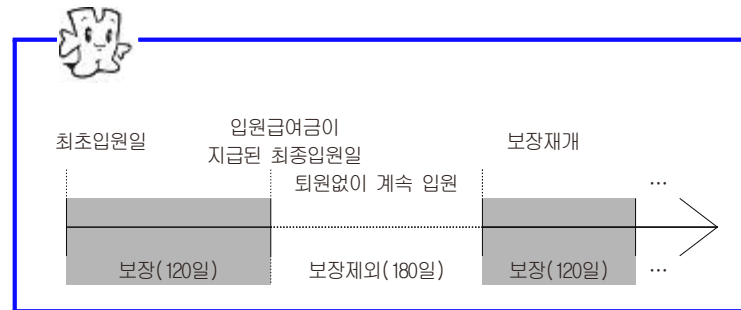
**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원' 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 '선천이상' 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에

전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '선천이상의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 '선천이상' 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '선천이상' 의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '선천이상' 을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '선천이상' 의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '선천이상' 으로 진단된 경우에는 이는 '선천이상' 의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 '선천이상' 의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
 그러나 동일한 '선천이상' 에 대한 입원이라도 선천이상입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
 다만, 다음과 같이 선천이상입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 선천이상입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원' 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '선천이상' 으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '선천이상' 의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 선천이상입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않을 때에는 회사는 선천이상입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.



다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (계약자의 임의해지)**

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제11조(만기환급금의 지급) 및 제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-48. 저체중아입원일당(3일이상)보장 특별약관**

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 신생아의 출생일부터 1년으로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 미숙아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다)로 출생하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 3일 이상 사용했을 경우에는 3일째 사용일부터 사용 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 다만, 저체중아육아입원급여금의 지급일수는 최고 60일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
저체중아육아입원급여금	저체중아로 출생하여 3일 이상 인큐베이터를 사용한 경우	3일째 사용일부터 인큐베이터 사용 1일당 이 특약의 보험가입금액 (60일 한도)

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 이 특약 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아육아입원급여금을 지급하지 않습니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준

**무배당 국안어린이보험(HI1501)**

- 비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 국안어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
  - ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
    - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
    - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 출생전 자녀가입 특별약관을 따릅니다.

**2-49. 신생아질병입원일당(4일 이상)보장 특별약관**

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 신생아의 출생일로부터 1년으로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '출생전후기 질병'의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)  
 다만, 신생아입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
신생아 입원급여금	'출생전후기 질병'으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제3조 (출생전후기 및 출생전후기 질병의 정의)**

- ① 이 특약에서 '출생전후기'라 함은 임신 28주부터 생후 1주사이의 기간을 말합니다.

- ② 이 특약에서 '출생전후기 질병'이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표38] '출생전후기에 발생한 주요병태분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

출생전후기 질병의 대상 질병	분류번호
1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 ~ P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05 ~ P08
3. 출산외상	P10 ~ P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 ~ P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35 ~ P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 ~ P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70 ~ P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75 ~ P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80 ~ P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90 ~ P96

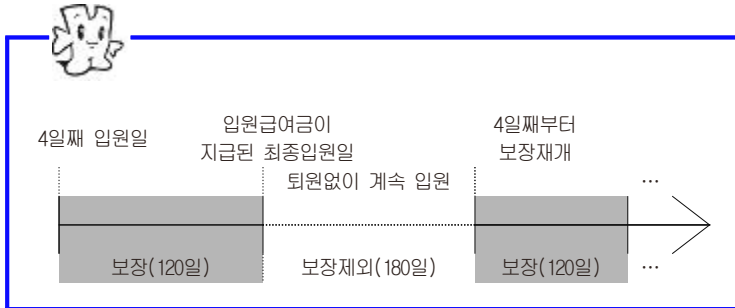
**제4조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '출생전후기 질병'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 '출생전후기 질병'의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 '출생전후기 질병'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '출생전후기 질병'의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '출생전후기 질병'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '출생전후기 질병'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
- 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '출생전후기 질병'으로 진단된 경우에는 이는 '출생전후기 질병'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 신생아가 동일한 '출생전후기 질병'의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
 그러나 동일한 '출생전후기 질병'에 대한 입원이라도 신생아입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
 다만, 다음과 같이 신생아입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을

퇴원으로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 ‘출생전후기 질병’으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘출생전후기 질병’의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 신생아입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신생아입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 이 특약 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 신생아입원급여금을 지급하지 않습니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에

서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 출생전 자녀가입 특별약관을 따릅니다.

**2-50. 임신·출산질환입원일당(4일 이상)보장 특별약관**

**< 가입 가능한 피보험자의 범위 >**

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI 1501) 보통약관의 피보험자 본인의 부양자로서 임신한 여성에 한합니다.

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘임신·출산관련 질환’으로 진단확정되고, 그 ‘임신·출산관련 질환’의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

다만, 임신·출산질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
임신·출산질환 입원급여금	'임신·출산관련 질환' 으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제3조 (임신·출산관련 질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '임신·출산관련 질환' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표39] '임신·출산관련 질환 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

임신·출산관련 질환의 대상 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	020 ~ 029
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	030 ~ 048
4. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092

- ② '임신·출산관련 질환' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제4조 (입원의 정의와 장소)**

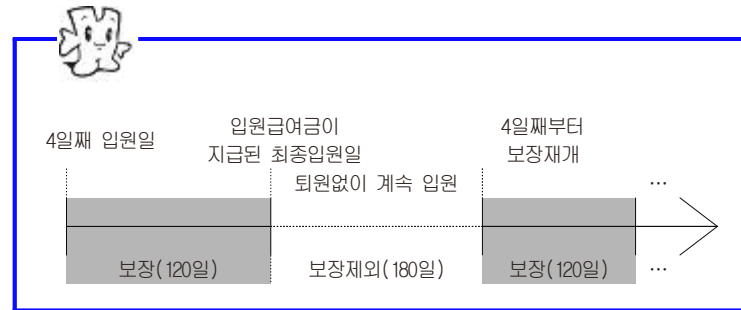
이 특약에서 '입원' 이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 '임신·출산관련 질환' 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 '임신·출산관련 질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 '임신·출산관련 질환' 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '임신·출산관련 질환' 의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '임신·출산관련 질환' 을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '임신·출산관련 질환' 의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '임신·출산관련 질환' 으로 진단

된 경우에는 이는 '임신·출산관련 질환' 의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ② 동일한 '임신·출산관련 질환' 의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
그러나 동일한 '임신·출산관련 질환' 에 대한 입원이라도 임신·출산질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
다만, 다음과 같이 임신·출산질환입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 임신·출산질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원' 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '임신·출산관련 질환' 으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '임신·출산관련 질환' 의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 임신·출산질환입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 임신·출산질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는

경우 납입최고(독축)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-51. 유산입원일당(4일 이상)보장 특별약관**

**< 가입 가능한 피보험자의 범위 >**

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관의 피보험자 본인의 부양자로서 임신한 여성에 한합니다.

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘유산’으로 진단확정되고, 그 ‘유산’의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)  
다만, 유산입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
유산입원급여금	‘유산’으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도)

**제3조 (유산의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘유산’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표28] ‘유산 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

유산의 대상 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	000
2. 포상기대	001
3. 기타 비정상적 수태부산물	002
4. 자연유산	003
5. 의학적 유산	004
6. 기타유산	005
7. 상세불명의 유산	006
8. 시도된 유산의 실패	007
9. 유산, 자궁외 임신 및 기대 임신에 따른 합병증	008

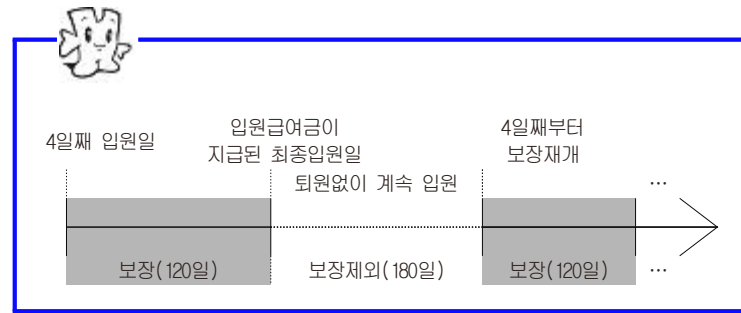
② '유산'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제4조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '유산'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 '유산의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 '유산'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '유산'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '유산'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '유산'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.  
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '유산'으로 진단된 경우에는 이는 '유산'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 '유산'의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.  
그러나 동일한 '유산'에 대한 입원이라도 유산입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.  
다만, 다음과 같이 유산입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 유산입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 '유산'으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '유산'의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 유산입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유산입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-52. 질병수술(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**


회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적

으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
질병수술보험금	질병으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술보험금만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여

- 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
  - ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무비당 국민굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
  - ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
  - ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)
  - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
  - 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
  - 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
  - 5. 비만(E66)
  - 6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
  - 7. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60 ~ K62)
  - 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
  - 2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
  - 3. 단순한 피로 또는 권태
  - 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상

- 으로 인한 탈모 등 피부질환
- 5. 발기부전(impotence)·불강증, 단순 코골음, 단순 포경(phimosiis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표40] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- 6. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
  - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
  - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’ 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.



다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-53. 암수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘암등의 질병’ 으로 진단확정되고, 그 ‘암등의 질병’ 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

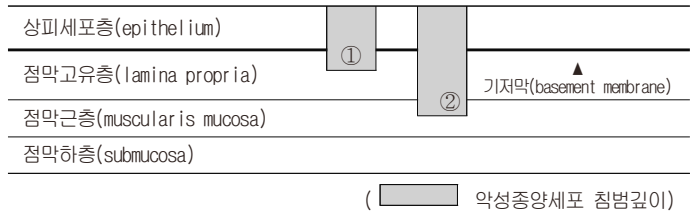
보험금의 종류		지급금액
1. 암 수술보험금	‘암’ ( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ , ‘대장점막내암’ 제외)으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암 수술보험금	‘기타피부암’ 으로 수술을 받은 경우	
3. 갑상선암 수술보험금	‘갑상선암’ 으로 수술을 받은 경우	
4. 대장점막내암 수술보험금	‘대장점막내암’ 으로 수술을 받은 경우	
5. 제자리암 수술보험금	‘제자리암’ 으로 수술을 받은 경우	
6. 경계성종양 수술보험금	‘경계성종양’ 으로 수술을 받은 경우	
		이 특약 보험가입금액의 20% 해당액

**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] ‘악성신생물(암) 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.  
 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’ 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



< 대장점막내암 예시 >



- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 이 특약에서 '제자리암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '제자리신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 '경계성종양' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '행동양식 불명 또는 이상의 신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 '암등의 질병' 이라 함은 제1항에서 정한 '암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양' 을 총칭합니다.
- ⑧ '암등의 질병' 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.  
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보형자가 '암등의 질병' 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침' 에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자력 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 '수술' 은 '항암방사선치료' 와 '항암약물치료' 는 제외합니다.

**제4조 (항암방사선치료 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '항암방사선치료' 라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 '항암약물치료' 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보형자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않

- 습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
  - ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
  - ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
  - ⑤ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
  - ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-54. 암수술(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암등의 질병' 으로 진단확정되고, 그 '암등의 질병' 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
1. 암수술보험금	'암' ( '기타피부암' , '갑상선암' , '대장점막내암' 제외)으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암수술보험금	'기타피부암' 으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암수술보험금	'갑상선암' 으로 수술을 받은 경우	
4. 대장점막내암수술보험금	'대장점막내암' 으로 수술을 받은 경우	
5. 제자리암수술보험금	'제자리암' 으로 수술을 받은 경우	
6. 경계성종양수술보험금	'경계성종양' 으로 수술을 받은 경우	

**제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)**

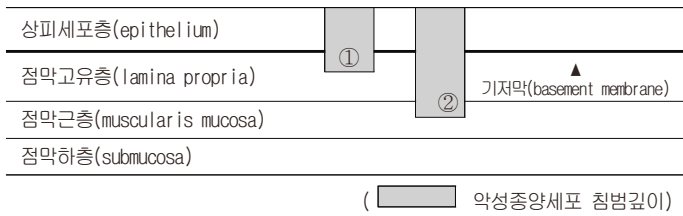
- ① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition

with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’ 이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina proppia) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



< 대장점막내암 예시 >



- ①악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ②악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘제자리신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘암등의 질병’ 이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’ 을 총칭합니다.
- ⑧ ‘암등의 질병’ 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.  
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암등의 질병’ 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



**【유의사항】**

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’ 에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 ‘수술’ 은 ‘항암방사선치료’ 와 ‘항암약물치료’ 는 제외합니다.

**제4조 (항암방사선치료 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’ 라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의사 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선

- (ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의약계에서 항암약물과 동일한 치료 효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에

서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱

**무배당 갱신어린이보험(HI1501)**

- 신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
  - ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-55. 조혈 모세포이식수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 수혜자로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 ‘조혈모세포이식’을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
조혈모세포이식 수술보험금	수혜자로서 ‘조혈모세포이식’을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (조혈모세포이식의 정의)**

이 특약에서 ‘조혈모세포이식’이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다.

- 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.
- 1. ‘동종(allogenic)골수조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

- 2. ‘동종(allogenic)말초조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
- 3. ‘자가(autologous)골수조혈모세포이식’이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
- 4. ‘자가(autologous)말초조혈모세포이식’이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
- 5. ‘제대혈조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 갱신어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술보험금 지급사유가

발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-56. 16대질병수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘16대질병’으로 진단확정되고, 그 ‘16대질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
16대질병 수술보험금	‘16대질병’으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (16대질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘16대질병’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표41]

‘16대질병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 당뇨병 2. 심장질환 3. 고혈압 4. 뇌혈관질환 5. 간질환 6. 위궤양 및 십이지장궤양 7. 갑상선질환 8. 동맥경화증 9. 만성하기도질환 10. 폐렴 11. 관절염 12. 백내장 13. 녹내장 14. 결핵 15. 신부전 16. 생식기질환	[별표41] 참조

- ② ‘16대질병’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-57. 특정5대질병수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘특정5대질병’ 으로 진단확정되고, 그 ‘특정5대질병’ 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
특정5대질병 수술보험금	‘4대질병’ 으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액 300% 해당액
	‘치핵’ 으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액 100% 해당액

**제2조 (특정5대질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘특정5대질병’ 이라 함은 제2항에서 정한 ‘4대질병’ 및 제3항에서 정한 ‘치핵’ 을 총칭합니다.
- ② 이 특약에서 ‘4대질병’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표42] ‘4



대질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 담석증 2. 사타구니 탈장 3. 편도 및 아데노이드의 만성질환 4. 만성 부비동염	[별표42] 참조

- ③ 이 특약에서 '치핵'이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표43] '치핵 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 치핵 * 재외 - 출산 및 산후기 합병(087.2), 임신 합병(022.4)	[별표43] 참조

- ④ '특정5대질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의함이다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- 다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(Hi1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특축)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

**무비당 국민굿어른'이디보험(HI1501)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-58. 총수염수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘총수염(맹장염)’으로 진단확정되고, 그 ‘총수염(맹장염)’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
총수염 수술보험금	‘총수염(맹장염)’으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (총수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)**


- ① 이 특약에서 ‘총수염(맹장염)’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 44] ‘총수염(맹장염) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
총수(맹장)의 질환	K35 ~ K38

- ② ‘총수염(맹장염)’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱

신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 총수염수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-59. 시청각질환수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '시청각질환' 으로 진단확정되고, 그 '시청각질환' 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
시청각질환 수술보험금	'시청각질환' 으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (시청각질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '시청각질환' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표45] '시청각질환 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 장애	H00 ~ H06
2. 결막의 장애	H10 ~ H13
3. 공막, 각막, 홍채 및 성모체의 장애	H15 ~ H22
4. 수정체의 장애	H25 ~ H28
5. 맥락막 및 망막의 장애	H30 ~ H36
6. 녹내장	H40 ~ H42
7. 유리체 및 안구의 장애	H43 ~ H45
8. 시신경 및 시각로의 장애	H46 ~ H48
9. 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49 ~ H52
10. 시각 장애 및 실명	H53 ~ H54
11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55 ~ H59
12. 외이의 질환	H60 ~ H62
13. 중이 및 유도의 질환	H65 ~ H75
14. 내이의 질환	H80 ~ H83

대상이 되는 질병	분류번호
15. 귀의 기타 장애	H90 ~ H95

② '시청각질환' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- 다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에

는 이 특약에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-60. 호흡기관련 질병수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘호흡기관련 질병’으로 진단확정되고, 그 ‘호흡기관련 질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
호흡기관련질병 수술보험금	‘호흡기관련 질병’으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (호흡기관련 질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘호흡기관련 질병’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표46] ‘호흡기관련 질병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00 ~ J06
2. 상세불명의 상기도질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴	J12 ~ J18
8. 재항균인병	A48.1
9. 폐렴이 합병된 흉역	B05.2

- ② ‘호흡기관련 질병’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에

치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

다만, 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.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-61. 자녀 10대질병 수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘자녀10대질병’ 으로 진단확정되고, 그 ‘자녀10대질병’ 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
자녀10대질병 수술보험금	‘자녀10대질병’ 으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (자녀10대질병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘자녀10대질병’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 32] ‘자녀10대질병 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 장 감염 2. 결핵 및 결핵의 후유증 3. 수막염 4. 간질 5. 중이염 6. 급성 상기도염 및 급성 하기도염 7. 폐렴 8. 천식 9. 위, 십이지장 궤양 및 염증 10. 탈장 및 장폐색	[별표32] 참조

- ② ‘자녀10대질병’ 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 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.

- ② 제1항의 수술은 자력 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의로기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의로기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의로기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-62. 소아탈장수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘탈장’ 으로 진단확정되고, 그 ‘탈장’ 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
탈장 수술보험금	‘탈장’ 으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (탈장의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘탈장’ 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표47] ‘탈장 분류표’ 에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 사타구니 탈장	K40
2. 대퇴 탈장	K41
3. 배꼽 탈장	K42
4. 복벽 탈장	K43
5. 기타 복부 탈장	K45
6. 상세불명의 복부 탈장	K46

② ‘탈장’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

다만, 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.

② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내 의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여

과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.



**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-63. 추간판장애수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험계약일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘추간판장애’로 진단확정되고, 그 추간판장애’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
추간판장애수술보험금	추간판장애’로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (추간판장애의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 ‘추간판장애’라 함은 척추의 추간판이 돌출되어 통증 및 신경 증상을 유발하는 질환으로 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표48] ‘추간판장애 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

② ‘추간판장애’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라

내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

다만, 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.

② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 이 특약의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 8세 계약해당일로 합니다. 단, 8세 이후의 피보험자가 이 특약을 가입하는 경우 최초 계약체결일을 보험계약일로 합니다.
- ② 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

**무비당 국민건강인디보험(HI1501)**

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-64. 모야모야병개두수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘모야모야병’으로 진단확정되고, 그 ‘모야모야병’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘개두수술’을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
모야모야병개두수술보험금	‘모야모야병’으로 ‘개두수술’을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (모야모야병의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘모야모야병’이라 함은 속목동맥의 말단부 혹은 중간대뇌동맥의 기시부가 서서히 폐색되는 질환으로 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표49] ‘모야모야병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
모야모야병	167.5

- ② ‘모야모야병’의 진단확정은 임상증상(병력, 신경학적 검사 등)과 함께 영상학적 진단(CT, MRI/MPA, Cerebral angiography)을 기초로 하여야 합니다.

**제3조 (개두수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 개두를 동반한 직접 혈관문합술(Direct revascularization), 간접 혈관문합술(Indirect revascularization), 병합 혈관문합술(Combined revascularization), 혈중제거술(Hematoma evacuation) 등의 수술을 한 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-65. 희귀난치성질환수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '희귀난치성질환' 으로 진단 확정되고, 그 '희귀난치성질환' 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
희귀난치성질환 수술보험금	'희귀난치성질환' 으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '희귀난치성질환' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 36] '희귀난치성질환' 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② '희귀난치성질환' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함합니다. 다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-66. 어린이개흉심장수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘개흉심장수술’ 을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
개흉심장수술보험금	‘개흉심장수술’ 을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (개흉심장수술의 정의)**

이 특약에서 ‘개흉심장수술’ 이라 함은 의사에 의하여 ‘심장병’ 의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 ‘심장병’ 의 치료를 직접적인 목적으로 의료가구를 사용하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다.

그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장수술[(예) 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에

는 이 특약에 따라 보장합니다.

- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 개흉심장수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-67. 어린이심장시술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심장시술' 을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
심장시술보험금	'심장시술' 을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (심장시술의 정의)**

이 특약에서 '심장시술' 이라 함은 의사에 의하여 '심장병' 의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 '심장병' 의 치료를 직접적인 목적으로 하여 다음 각 호에서 정한 심장시술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 시술
1. 동맥관개존폐쇄술(PDA Closure) 2. 심방중격결손폐쇄술(ASD Closure) 3. 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 4. 풍선혈관성형술(Balloon Angioplasty) 5. 풍선심방중격조성술(Balloon Atrial Septostomy) 6. 전극도자절제술(Catheter Ablation) 7. 심박동기삽입술(Pacemaker Insertion) 8. 코일색전술(Coil Embolization) 9. 경피적 관상동맥 성형술(PTCA, PTCA with stent, PTA & PTA with stent, Stent-graft insertion)

다만, 심막천자술(Pericardiocentesis) 등 상기 이외의 심장시술은 모두 보장에서 제외합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우

- 에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
  - ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 국민주거연금보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
  - ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
  - ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-68. 선천이상수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘선천이상’으로 진단확정되고, 그 ‘선천이상’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
선천이상 수술보험금	‘선천이상’으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (선천이상의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘선천이상’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표37] ‘선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

선천이상의 대상 질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00 ~ Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10 ~ Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20 ~ Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30 ~ Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35 ~ Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38 ~ Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50 ~ Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60 ~ Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65 ~ Q79
10. 기타 선천기형	Q80 ~ Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90 ~ Q99

- ② ‘선천이상’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는

이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (계약자의 임의해지)**

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제11조(만기환급금의 지급) 및 제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-69. 선천이상수술(허유착증 제외)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘선천이상’ (‘허유착증’ 제외)으로 진단확정되고, 그 ‘선천이상’ (‘허유착증’ 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
선천이상 수술보험금	'선천이상' ( '허유착증' 제외)으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (선천이상 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '선천이상' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표37] '선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

선천이상의 대상 질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00 ~ Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10 ~ Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20 ~ Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30 ~ Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35 ~ Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38 ~ Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50 ~ Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60 ~ Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65 ~ Q79
10. 기타 선천기형	Q80 ~ Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90 ~ Q99

- ② 이 특약에서 '허유착증' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 설유착증(분류번호 Q38.1)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ '선천이상' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체

액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 국영아이리더보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.



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

**제8조 (계약자의 임의해지)**

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금), 제11조(만기환급금의 지급) 및 제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-70. 임신·출산질환수술보장 특별약관**

**< 가입 가능한 피보험자의 범위 >**  
이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관의 피보험자 본인의 부양자로서 임신한 여성에 한합니다.

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘임신·출산관련 질환’으로 진단확정되고, 그 ‘임신·출산관련 질환’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
임신·출산질환 수술보험금	‘임신·출산관련 질환’으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제3조 (임신·출산관련 질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 ‘임신·출산관련 질환’이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표39] ‘임신·출산관련 질환 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

임신·출산관련 질환의 대상 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	020 ~ 029
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	030 ~ 048
4. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092

② ‘임신·출산관련 질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.


**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

다만, 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.

② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



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

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

**무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**2-71. 유산수술보장 특별약관**

**< 가입 가능한 피보험자의 범위 >**

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관의 피보험자 본인의 부양자로서 임신한 여성에 한합니다.

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘유산’으로 진단확정되고, 그 ‘유산’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
유산 수술보험금	‘유산’으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제3조 (유산의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 '유산' 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표28] '유산 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

유산의 대상 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	000
2. 포상기태	001
3. 기타 비정상적 수태부산물	002
4. 자연유산	003
5. 의학적 유산	004
6. 기타유산	005
7. 상세불명의 유산	006
8. 시도된 유산의 실패	007
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증	008

- ② '유산' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- 다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우  
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
  2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우  
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준 비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발 생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 보 니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

### 3. 상해 및 질병관련 특별약관

#### 3-1. 3대장애진단보장 특별약관

##### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 '3대장애' 중 하나 이상의 장애가 발생하고 장애인이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
3대장애 진단보험금	'3대장애' 중 하나 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우	이 특약의 보험가입금액

##### 제2조 (3대장애 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '3대장애'라 함은 시각장애, 청각장애, 언어장애를 말합니다.
- ② 이 특약에서 '장애인'이라 함은 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인([별표50] '장애인의 종류 및 기준' 참조)을 말합니다.

장애인의 종류	기준
1. 시각장애인	가. 나쁜 눈의 시력(만국식 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람
2. 청각장애인	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람

장애인의 종류	기준
3. 언어장애인	음성 기능 또는 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

##### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자에게 3대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 3대장애진단보험금만을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 '장애등급의 판정기준' (이하 '장애등급 판정기준'이라 합니다)이 '장애인복지법 시행령' 및 '장애인복지법 시행규칙' (이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 '장애등급 판정기준'이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '장애등급 판정기준'에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.



< 예시 : 장애등급 판정기준이 현행 1~6급에서 장애등급 판정기준이 '중증' 과 '경증' 으로 변경되는 경우 >

- ④ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보

**무비당 국민건강인디보험(HI1501)**

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 선천적 장애로 인한 장애에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대장애진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**3-2. 4대장애진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 ‘4대장애’

중 하나 이상의 장애가 발생하고 장애인이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
4대장애 진단보험금	‘4대장애’ 중 하나 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (4대장애 등의 정의)**


- ① 이 특약에서 ‘4대장애’라 함은 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지체장애를 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘장애인’이라 함은 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지체장애인([별표5] ‘장애인의 종류 및 기준’ 참조)을 말합니다.

장애인의 종류	기준
1. 시각장애인	가. 나쁜 눈의 시력(만곡식 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람
2. 청각장애인	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람
3. 언어장애인	음성 기능 또는 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
4. 지체장애인	가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 다. 한 다리를 리스프링(발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람

장애인의 종류	기준
	마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자에게 4대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 4대장애진단보험금만을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 '장애등급 판정기준' (이하 '장애등급 판정기준' 이라 합니다)이 '장애인복지법 시행령' 및 '장애인복지법 시행규칙' (이하 '법령' 이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 '법령' 의 개정으로 '장애등급 판정기준' 이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '장애등급 판정기준' 에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.



< 예시 : 장애등급 판정기준이 현행 1~6급에서 장애등급 판정기준이 '중증' 과 '경증' 으로 변경되는 경우 >

- ④ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑦ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 선천적 장애로 인한 장애에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대장애진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

### 3-3. 정신적장애진단보장 특별약관

#### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 '정신적장애' 중 하나 이상의 장애가 발생하여 '1급, 2급 또는 3급 장애인' 이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
정신적장애 진단보험금	'정신적장애' 중 하나 이상의 장애가 발생하여 '1급, 2급 또는 3급 장애인' 이 된 경우	이 특약의 보험가입금액

#### 제2조 (정신적장애 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 '정신적 장애' 라 함은 지적장애, 자폐성장애, 정신장애를 말합니다.
- ② 이 특약에서 '지적장애' 라 함은 [별표50] '장애인의 종류 및 기준' 의 5에서 정한 장애상태에 해당되며, 이 경우 장애진단확정은 원인 질환 또는 부상 등의 발생 후 또는 수술 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
- ③ 이 특약에서 '자폐성장애' 라 함은 [별표50] '장애인의 종류 및 기준' 의 6에서 정한 장애상태에 해당되며, 이 경우 장애진단확정은 전반성발달장애(자폐증)가 확실해진 시점(최소 만 2세 이상)으로 합니다.
- ④ 이 특약에서 '정신장애' 라 함은 [별표50] '장애인의 종류 및 기준' 의 7에서 정한 장애상태에 해당되며, 이 경우 장애진단확정은 1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때로 합니다.
- ⑤ 이 특약에서 '1급, 2급 또는 3급 장애인' 이라 함은 '장애인 복지법 시행령' 제2조 및 '장애인 복지법 시행규칙' 제2조의 [별표51] '장애인의 장애등급표' 에서 정한 1급, 2급 또는 3급의 장애인(지적장애인, 자폐성장애인, 정신장애인)을 말하며, 두 종류 이상의 장애가 중복된 경우에는 '장애인 복지법 시행규칙' 별지서식 장애인증명서의 '장애종별 및 등급' 에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

#### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 '장애등급의 판정기준' (이하 '장애등급 판정기준' 이라 합니다)이 '장애인복지법 시행령' 및 '장애인복지법 시행규칙' (이하 '법령' 이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 '법령' 의 개정으로 '장애등급 판정기준' 이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '장애등급 판정기준' 에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.



< 예시 : 장애등급 판정기준이 현행 1-6급에서 장애등급 판정기준이 '중증' 과 '경증' 으로 변경되는 경우 >

- ③ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

#### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자의 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

#### 제5조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신적장애진단보험금 지급사유가 발생



하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**3-4. 뇌병변장애진단보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 ‘뇌병변장애’가 발생하여 ‘뇌병변 장애인’이 된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류	지급금액
뇌병변장애(1-3급) 진단보험금	‘뇌병변장애’로 1급 내지 3급의 ‘뇌병변장애인’이 된 경우 뇌병변장애진단(1-3급) 보장의 보험가입금액
뇌병변장애(1-6급) 진단보험금	‘뇌병변장애’로 1급 내지 6급의 ‘뇌병변장애인’이 된 경우 뇌병변장애진단(1-6급) 보장의 보험가입금액

**제2조 (뇌병변장애 등의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘뇌병변장애’라 함은 [별표50] ‘장애인의 종류 및 기준’의 8에서 정한 장애상태에 해당되며, 이 경우 장애진단확정은 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
- ② 이 특약에서 ‘뇌병변장애인’이라 함은 장애인복지법 제32조(장애인등록)의 등록 절차에 따라 등록된 장애인 가운데 ‘장애인 복지법 시행규칙’ 제2조에서 정한 1급 내지 6급의 뇌병변장애인을 말합니다.

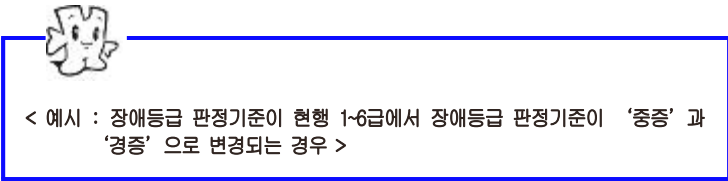
장애인의 종류	기준
뇌병변장애인	뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람

장애등급	장애상태
1급	보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람
2급	1. 보행이 현저하게 제한되었거나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
3급	1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
4급	1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
5급	1. 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행이 파행(跛行)을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람
6급	보행시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

- ③ 두 종류 이상의 장애가 중복된 경우에는 ‘장애인 복지법 시행규칙’ 별지서식 장애인 증명서의 ‘장애종별 및 등급’에 기재된 주장애를 기준으로 하고, 해당 장애가 부장애인 경우는 제외합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 '장애등급의 판정기준' (이하 '장애등급 판정기준' 이라 합니다)이 '장애인복지법 시행령' 및 '장애인복지법 시행규칙' (이하 '법령' 이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애등급 판정시점의 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 '법령'의 개정으로 '장애등급 판정기준'이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장애등급 판정이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '장애등급 판정기준'에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.



- ③ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는

보험금을 지급하지 않습니다.

- 1. 피보험자의 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌병변장애(1~3급)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-5. 정신및 행동장애입원(4일이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '정신 및 행동장애'로 진단 확정되고, 그 '정신 및 행동장애'의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
정신및행동장애 입원보험금	‘정신 및 행동장애’ 로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (정신 및 행동장애의 정의 및 진단확정)**

- ① 이 특약에서 ‘정신 및 행동장애’ 라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표52] ‘정신 및 행동장애 분류표’ 에 해당하는 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, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40 ~ F48
5. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군	F50 ~ F59
6. 성인 인격 및 행동의 장애	F60 ~ F69
7. 정신지연	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

- ② ‘정신 및 행동장애’ 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘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

됩니다.

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.

- ② 피보험자가 동일한 ‘정신 및 행동장애’ 의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.  
다만, 최종퇴원일부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘계속입원’ 이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 ‘정신 및 행동장애’ 로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘정신 및 행동장애’ 의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 정신및행동장애입원보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 정신및행동장애입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**3-6. 장기이식수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 장기수혜자로서 ‘5대장기이식수술’ 을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

	보험금의 종류	지급금액
장기이식수술보험금	장기수혜자로서 ‘5대장기이식수술’ 을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액


**제2조 (5대장기 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘5대장기’ 라 함은 ‘간장’ , ‘신장’ , ‘심장’ , ‘췌장’ 및 ‘폐장’ 을 말합니다.

- ② 이 특약에서 ‘5대장기이식수술’ 이라 함은 ‘장기등 이식에 관한 법률’ 에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.  
단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 ‘5대장기이식수술’ 로 보지 않습니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 ‘수술’ 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’ 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.  
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.  
다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 굿앤굿어린이보험

(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기이식수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**3-7. 각막이식수술보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 장기수혜자로서 '각막이식수술'을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
각막이식수술보험금	장기수혜자로서 '각막이식수술'을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (각막이식수술의 정의)**

이 특약에서 '각막이식수술'이라 함은 '장기등 이식에 관한 법률'에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

- ① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 다만, 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.
- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.



**【신의료기술평가위원회】**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 청약서상 ‘계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 국민건강보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**3-8. 김스치료보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로서 ‘김스치료’ 를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
김스치료보험금	상해 또는 질병으로 ‘김스치료’ 를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (김스치료의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘김스(Cast)치료’ 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.
- ② 제1항에서 ‘부목치료’ 라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정

할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 김스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체 부위에 김스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 김스치료보험금을 지급합니다.
- ② 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 굿앤굿어린아이보험(Hi1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.





## 4. 비용손해관련 특별약관

### 4-1. 자동차사고별금보장 특별약관

#### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 별금액을 1사고당 2,000만원 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
별금	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 별금형을 받은 경우	별금액 (2,000만원 한도)

#### 제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중' 이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차' 라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계' 라 합니다)
- ③ 이 특약에서 '별금액' 이라 함은 법원의 확정 판결에 의하여 정해진 별금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 별금확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

#### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 별금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때,

회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

#### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
  2. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시범용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  3. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
  4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)
  - : 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)
  - : 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

#### 제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

#### 제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

**무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501)**

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-2. 자동차사고별금(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입함으로써 신체상해와 관련하여 받은 별금액을 1사고당 2,000만원 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
별금	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 별금형을 받은 경우	별금액 (2,000만원 한도)

**제2조 (자동차 운전중 등의 정의)**


- ① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계'라 합니다)
- ③ 이 특약에서 '별금액'이라 함은 법원의 확정 판결에 의하여 정해진 별금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 별금확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

제1조(보험금의 지급사유)의 별금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
  2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시흥용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  3. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
  4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)  
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)  
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준

비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 월 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 20세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 23세, 26세, 29세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이

상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-3. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 경찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 '변호사선임비용'이라 합니다)를 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

	보험금의 종류	지급금액
변호사선임비용	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속되거나 기소된 경우 (약식기소 제외)	변호사선임비용 (이 특약의 보험가입금액 한도)

**제2조 (자동차 운전중 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수차

- 동차, 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6중 건설기계'라 합니다)
  - ③ 이 특약에서 '구속'이라 함은 형사소송법상 피고인 또는 피의자 신체의 자유를 제한하는 대인적 강제처분을 말합니다.
  - ④ 이 특약에서 '기소'라 함은 검사가 특정형사건에 관하여 법원에 재판을 청구하는 소송행위를 말합니다.
  - ⑤ 이 특약에서 '약식기소'라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
  - ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 '1사고'라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, '1사고'로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 보험금을 지급하며, 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 국민주거민익이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
  2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  3. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
  4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) : 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) : 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

- 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
  3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
  4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

#### 4-4. 자동차사고변호사선임비용(갱신형)보장 특별약관

##### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(이하 '기소'라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 '변호사선임비용'이라 합니다)를 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
변호사선임비용	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속되거나 기소된 경우 (약식기소 제외)	변호사선임비용 (이 특약의 보험가입금액 한도)

##### 제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6중 건설기계'라 합니다)
- ③ 이 특약에서 '구속'이라 함은 형사소송법상 피고인 또는 피의자 신체의 자유를 제한하는 대인적 강제처분을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 '기소'라 함은 검사가 특정형사건에 관하여 법원에 재판을 청구하는 소송행위를 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 '약식기소'라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 '1사고'라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말

하며, '1사고'로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

##### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우에는 보험금을 지급하며, 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

##### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
  2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  3. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해
  4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)  
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)  
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

##### 제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세무계산서)
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’ 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 예시 : 20세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 23세, 26세, 29세 ~ 95세, 98세  
⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-5. 자동차사고면허정지일당보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 일시

정지되었을 때에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 정지기간 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
면허정지일당	자동차 운전중 사고로 운전면허가 일시 정지된 경우	면허정지기간 1일당 이 특약의 보험가입금액 (최고 60일 한도)

**제2조 (자동차 운전중 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  - 2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계'라 합니다)

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지일당을 지급하지 않습니다.
- ② 이 특약에서 '면허정지기간'이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조치 확인서를 제출할 경우에는 해당 기간을 차감하지 않습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우

- 2. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- 3. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해
- 4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) : 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) : 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-6. 자동차사고면허정지일당(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 정지기간 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
면허정지일당	자동차 운전중 사고로 운전면허가 일시 정지된 경우	면허정지기간 1일당 이 특약의 보험가입금액 (최고 60일 한도)

**제2조 (자동차 운전중 등의 정의)**


- ① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계'라 합니다)

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지일당을 지급하지 않습니다.
- ② 이 특약에서 '면허정지기간'이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조치 확인서를 제출할 경우에는 해당 기간을 차감하지 않습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 국안굿어린아이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
  2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시형용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  3. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
  4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) : 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) : 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :



가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 20세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**  
 갱신시점의 나이 : 23세, 26세, 29세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다

다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-7. 자동차사고면허취소보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
면허채취득지원금	자동차 운전중 사고로 운전면허가 취소된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (자동차 운전중 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  - 2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계'라 합니다)

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로

로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
3. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)  
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차를 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)  
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-8. 자동차사고면허취소(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
면허재취득지원금	자동차 운전중 사고로 운전면허가 취소된 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (자동차 운전중 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘자동차 운전중’이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 ‘자동차’라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 ‘6중 건설기계’라 합니다)

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
  2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  3. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
  4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)  
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)  
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



- < 예시 : 20세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >  
 갱신시점의 나이 : 23세, 26세, 29세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-9. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 '피해자'라 합니다)에게 상해를 입힌 경우에는 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 '형사합의금'이라 합니다)을 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
교통사고 처리 지원금	1. 자동차 운전중 사고로 피해자를 사망하게 한 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)	
	2. 자동차 운전중 '중대법규위반 교통사고'로 피해자가 42일(피해자 1인 기준) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우	진단일	형사합의금
		42일~ 69일	1천만원 한도
		70일~139일	2천만원 한도
140일이상	3천만원 한도		
3. 자동차 운전중 '일반교통사고'로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 경찰에 의해 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)		



< 용어풀이 >

'중상해'라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ※ 형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항  
: 타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병에 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.
- ※ 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)  
: 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계'라 합니다)
- ③ 이 특약에서 '중대법규위반 교통사고'라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.  
단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ④ 이 특약에서 '일반교통사고'라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다.  
단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조) 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.



- ※ 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)
1. 신호 및 지시위반
  2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
  3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
  4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
  5. 건널목 통과방법 위반
  6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
  7. 무면허 운전
  8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
  9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
  10. 승객 추락방지의무 위반
  11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출금 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유)의 금액을 한도로 보상합니다.
- ② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
  2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서 단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.
  3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
  4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
  5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
  2. 계약자의 고의
  3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
  4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
  5. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
  6. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생

**한 손해**

**7. 자가용의 경우, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고**



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)  
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)  
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제5조 (보험금의 비례분담)**

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**무배당 국민연금 이디보험(HI1501)**

- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-10. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 ‘피해자’라 합니다)에게 상해를 입힌 경우에는 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 ‘형사합의금’이라 합니다)을 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
교통사고 처리 지원금	1. 자동차 운전중 사고로 피해자를 사망하게 한 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)	
	2. 자동차 운전중 ‘중대법규위반 교통사고’로 피해자가 42일(피해자 1인 기준) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우	진단일	형사합의금
		42일~ 69일	1천만원 한도
70일~139일		2천만원 한도	
	140일이상	3천만원 한도	
	3. 자동차 운전중 ‘일반교통사고’로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 경찰에 의해 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)	



**< 용어풀이 >**

‘중상해’라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ※ 형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항  
: 타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.
- ※ 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)  
: 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

**제2조 (자동차 운전중 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중' 이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차' 라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계' 라 합니다)
- ③ 이 특약에서 '중대법규위반 교통사고' 라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.  
단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ④ 이 특약에서 '일반교통사고' 라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다.  
단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조) 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.



※ 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출금 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유)의 금액을 한도로 보상합니다.
- ② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
  2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서

- 단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.
3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
  4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
  5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해
7. 자가용의 경우, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고



※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)

: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

### 제5조 (보험금의 비례분담)

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’ 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료날짜까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 20세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 23세, 26세, 29세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-11. 자동차사고처리지원금(중상해)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 ‘일반교통사고’ 로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 ‘피해자’ 라 합니다)에게 아래와 같



은 상해를 입힌 경우에는 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 '형사합의금' 이라 합니다)을 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
중상해 교통사고 처리지원금	자동차 운전중 '일반교통사고' 로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258조 제1항 또는 제2항, 형법 제 268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)



< 용어풀이 >

'중상해' 라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ※ 형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항  
: 타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.
- ※ 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)  
: 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중' 이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차' 라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차

2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계' 라 합니다)
- ③ 이 특약에서 '일반교통사고' 라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다.  
단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조) 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ④ 제3항에서 '중대법규위반 교통사고' 라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.  
단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.



※ 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유)의 금액을 한도로 보상합니다.
- ② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
  2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서 단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.
  3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
  4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
  5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해
7. 자가용의 경우, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고



- ※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)  
: 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
- ※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)  
: 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제5조 (보험금의 비례분담)**

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 갯안갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-12. 자동차사고처리지원금(중상해)(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 ‘일반교통사고’ 로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 ‘피해자’ 라 합니다)에게 아래와 같은 상해를 입힌 경우에는 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 ‘형사합의금’ 이라 합니다)을 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 피보험자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
중상해 교통사고 처리지원금	자동차 운전중 '일반교통사고' 로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258조 제1항 또는 제2항, 형법 제 268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 경찰에 의해 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)



< 용어풀이 >

'중상해' 라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ※ 형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 및 제2항  
: 타인의 신체를 상해하여 생명에 위험을 발생하게 하거나 신체 불구, 불치, 난치의 질병을 이르게 한 자는 1년 이상 10년 이하 징역에 처한다.
- ※ 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)  
: 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '자동차 운전중' 이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 '자동차' 라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계' 라 합니다)
- ③ 이 특약에서 '일반교통사고' 라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차 사고 중에서

중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다.  
단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조) 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

- ④ 제3항에서 '중대법규위반 교통사고' 라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표53] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.  
단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.



※ 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(제1호 내지 제11호)

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건물목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유)의 금액을 한도로 보상합니다.
- ② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
  2. 경찰서 혹은 경찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서 단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.
  3. 경찰에 의해 공소제기된 경우 경찰청에서 발행한 공소장
  4. 법원 혹은 경찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
  5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의

2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
4. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 손해
7. 자가용의 경우, 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고



※ 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)  
 : 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

※ 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)  
 : 술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.

**제5조 (보험금의 비례분담)**

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 국민연금 이디보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 ‘갱신계약’ 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 예시 : 20세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >  
 갱신시점의 나이 : 23세, 26세, 29세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신 전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-13. 자동차사고부상(운전자)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 [별표54] '자동차사고 부상등급표'의 상해등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
자동차사고 부상보험금	교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	< 가입금액 1,000만원 기준 >	
		상해급수	지급금액
		1급	1,000만원
		2급	500만원
		3급	300만원
		4급	300만원
		5급	150만원
		6급	80만원
		7급	40만원
		8~11급	20만원
12~14급	10만원		

**제2조 (교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 '교통사고'라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  - 1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
  - 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
  - 3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 '자동차'라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  - 2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6종 건설기계'라 합니다)
- ③ 제1항에서 '자동차를 운전하던 중'이라 함은 도로여부, 주차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 국영국어린이디보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
  2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
  3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
  4. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-14. 자동차사고부상(운전자)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 [별표54] '자동차사고 부상등급표' 의 상해등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
자동차사고 부상보험금	교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	< 가입금액 1,000만원 기준 >	
		상해급수	지급금액
		1급	1,000만원
		2급	500만원
		3급	300만원
		4급	300만원
		5급	150만원
		6급	80만원
		7급	40만원
		8~11급	20만원
12~14급	10만원		

제2조 (교통사고의 정의)

- ① 이 특약에서 '교통사고' 라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
  2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
  3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 '자동차' 라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6중 건설기계' 라 합니다)
- ③ 제1항에서 '자동차를 운전하던 중' 이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
  - 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
  - 3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
  - 4. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 월 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가

없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.
 

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



**< 예시 : 20세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 23세, 26세, 29세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
 

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-15. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '비운전중 교통사고' 로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 [별표54] '자동차사고 부상등급표' 의 상해등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
자동차사고 부상보험금	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	< 가입금액 1,000만원 기준 >	
		상해급수	지급금액
		1급	1,000만원
		2급	500만원
		3급	300만원
		4급	300만원
		5급	150만원
		6급	80만원
		7급	40만원
		8~11급	20만원
12~14급	10만원		

**제2조 (비운전중 교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 '비운전중 교통사고' 라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때 발생한 교통사고
  2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 '자동차' 라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
  2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 '6중 건설기계' 라 합니다)

- ③ 제1항에서 '자동차를 운전하던 중' 이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
  2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
  3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
  4. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.



**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-16. 자동차사고(스쿨존내교통사고)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘어린이 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조 제4항’ 에 의하여 지방경찰청장 또는 경찰서장이 어린이 보호구역으로 지정한 지역(이하 ‘스쿨존’ 이라 합니다) 내에서 교통사고로 인하여 상해를 입은 경우에는 1 사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
스쿨존내교통사고보험금	스쿨존내에서 교통사고로 인하여 상해를 입은 경우	이 특약의 보험가입금액



※ 어린이 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조(보호구역의 지정) 제4항 : 보호구역으로 지정·관리가 필요하다고 인정되는 경우 초등학교의 주 출입문을 중심으로 반경 300미터 이내의 도로 중 일정구간을 보호구역으로 지정한다.

**제2조 (교통사고의 정의)**

- ① 이 특약에서 ‘교통사고’ 라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
  - 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 ‘자동차 이외의 교통수단’ (이하 ‘기타교통수단’ 이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다) 하고 있을 때에 발생한 교통사고
  - 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 ‘자동차’ 라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- 1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차
- 2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트랙터재식 콘크리트펌프, 트랙터재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 ‘6중 건설기계’ 라 합니다)
- ③ 제1항에서 ‘기타교통수단’ 이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  - 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  - 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
  - 4. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계
- ④ 제1항에서 ‘교통사고’ 라 함은 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우를 말하며, 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 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)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’ 에

**무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501)**

서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-17. 유과·납치·불법감금피해보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유과, 납치, 불법감금 등으로 ‘억류상태’에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우에는 사고발생 사실을 관할 행정기관에 신고한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 최고 지급일수 90일을 한도로 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
유과·납치·불법감금 피해보험금	타인에 의해 유과, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제 되지 않은 경우	신고 시점부터 1일당 이 특약의 보험가입금액 (90일 한도)

**제2조 (억류상태의 정의)**

이 특약에서 ‘억류상태’라 함은 다음 각 호의 경우를 말합니다.  
 1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말

합니다.  
 2. 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨두는 것을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

제1조(보험금의 지급사유)의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고·접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유과, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-18. 미성년성폭력범죄피해보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 미성년(20세 이하)인 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '성폭력범죄'의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 경찰의 처분결정이 내려진 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
미성년성폭력범죄 피해보험금	성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 경찰의 처분결정이 내려진 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (성폭력범죄 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '성폭력범죄'라 함은 다음의 각 호를 말합니다.
  1. 형법 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄
  2. 형법 제339조(강도강간)의 죄
  3. 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례에서 정한 죄.  
단, 동법 제5조(친족관계에 의한 강간 등), 제12조(통신매체를 이용한 음란행위) 및 제13조(카메라 등을 이용한 촬영)는 제외합니다.
  4. 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄
- ② 제1항 각 호의 범죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄는 성폭력범죄로 봅니다.
- ③ 이 특약에서 '경찰의 처분결정'이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 불기소처분을 한 것을 말하며, 검사에 의해 불기소된 때에는 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서를 회사에 제출한 경우(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있어야 합니다) 피보험자를 성폭력범죄의 피해자로 인정합니다.



- ※ 형법 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄  
: 강간, 강제추행, 준강간/준강제추행, (준)강간/강제추행 미수, 미성년자등에 대한 간음, 업무상위력등에 의한 간음, 혼인방자등에 의한 간음, 미성년자에 대한 간음/추행, 강간등상해/치상, 강간등살인/치사 등
- ※ 형법 제339조(강도강간)의 죄  
: 강도가 부녀를 강간한 때
- ※ 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2장에서 정한 죄  
: 특수강도강간, 특수강간, 장애인에 대한 강간·강제추행, 13세 미만의 미성년자에 대한 강간·강제추행 등
- ※ 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄  
: 폭행이나 협박으로 아동·청소년을 강간, 강제추행 등을 한 경우

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보험수익자의 고의  
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  2. 피보험자의 친족에 의한 성폭력범죄  
다만, 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족 및 인척으로 하며, 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**무배당 갯언굿어린이디보험(HI1501)**

- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (보험금의 청구)**

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-19. 강력범죄피해(사망제외)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘강력범죄’에 의하여 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
강력범죄피해보험금	강력범죄에 의하여 신체에 피해가 발생한 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (강력범죄의 정의)**

이 특약에서 ‘강력범죄’라 함은 다음의 각 호를 말합니다.


1. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
3. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
4. ‘폭력행위등 처벌에 관한 법률’에 정한 폭력 등의 죄

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제2조(강력범죄의 정의)에서 정한 제1호의 상해와 폭행 및 제4호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯언굿어린이디보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 ‘폭력행위등 처벌에 관한 법률’ 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
  2. 피보험자의 배우자 또는 직계존비속에 의한 손해
  3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해



< 고용관계 >  
 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.



※ 폭력행위등 처벌에 관한 법률 제4조(단체등의 구성·활동)  
: 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 범죄단체 또는 집단을 구성하거나 구성원으로 활동한 경우 가담 형태에 따라 사형, 무기 또는 2년 이상의 유기징역에 처한다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-20. 폭력피해(사망제외)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 ‘폭력피해’에 의하여 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기

능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
폭력피해보험금	폭력피해에 의하여 신체에 피해가 발생한 경우	이 특약의 보험가입금액

**제2조 (폭력피해의 정의)**

이 특약에서 ‘폭력피해’라 함은 일상생활 중 다음 각 호에서 정하는 범죄에 의하여 신체에 피해가 발생한 것을 말합니다.

- 1. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
- 2. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
- 3. ‘폭력행위등 처벌에 관한 법률’에 정한 폭력 등의 죄

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 제2조(폭력피해의 정의)에서 정한 제1호의 상해와 폭행 및 제3호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 ‘폭력행위등 처벌에 관한 법률’ 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
  - 2. 피보험자의 배우자 또는 직계존비속에 의한 손해
  - 3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해



**< 고용관계 >**

피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.



※ 폭력행위등 처벌에 관한 법률 제4조(단체등의 구성·활동)  
: 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 범죄단체 또는 집단을 구성하거나 구성원으로 활동한 경우 가담 형태에 따라 사형, 무기 또는 2년 이상의 유기징역에 처한다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사

- 처방전(처방조제비) 등)
  3. 사건사고확인원(관할 경찰서장 발행)
  4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
  5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급된 것이어야 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-21. 부정교합치료보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험계약일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 Angle씨 부정교합(不正咬合) 분류법의 II급 또는 III급으로 치과의사에 의해 판정받고 그로 인하여 교정치료를 요한다는 치과의사의 진단이 있는 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
부정교합치료보험금	교정치료가 필요하다는 치과의사의 진단이 있는 경우	이 특약의 보험가입금액

**< Angle씨 부정교합 분류 >**

구분	분류
II급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 원심(안면에서 후방)쪽으로 치우쳐있는 경우
III급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 근심(안면에서 전방)쪽으로 치우쳐있는 경우

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 이 특약의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 단순치열교정 등은 보상하지 않습니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 부정교합치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약의 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-22. 시력치료보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험계약일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25 디옵터(Dioper) 이상의 고도근시 또는 +4.25디옵터(Dioper) 이상의 고도원시로 판정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다) 단, 난시는 제외합니다.

보험금의 종류		지급금액
시력치료보험금	고도근시 또는 고도원시로 판정된 경우	이 특약의 보험가입금액



**< 용어풀이 >**  
 '디옵터(Dioper)' 라 함은 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 이 특약의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

**무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-23. 시력 교정보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험계약일 이후 이 특별약관의 보험기간 중에 안과 의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -2디옵터(Dioper) 이상의 근시 또는 +2디옵터(Dioper) 이상의 원시에 의한 굴절이상(Anomalies of Refraction)으로 판정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다) 단, 난시는 제외합니다.

보험금의 종류		지급금액
시력교정보험금	근시 또는 원시에 의한 굴절이상으로 판정된 경우	이 특약의 보험가입금액



**< 용어풀이 >**

‘디옵터(Dioper)’라 함은 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 이 특약의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력교정보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.



제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-24. 유치보존치료보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 직접적인 목적으로 해당 유치에 대하여 보존치료를 받은 경우에는 치료 항목별로 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
유치보존치료 보험금	치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)으로 유치에 보존치료를 받은 경우	아말감, 글래스아이오노머 수복	치아당 이 보장 보험가입금액
		복합레진 수복	치아당 이 보장 보험가입금액
		인레이·온레이	치아당 이 보장 보험가입금액
		크라운	치아당 이 보장 보험가입금액 (연간 3개한도)

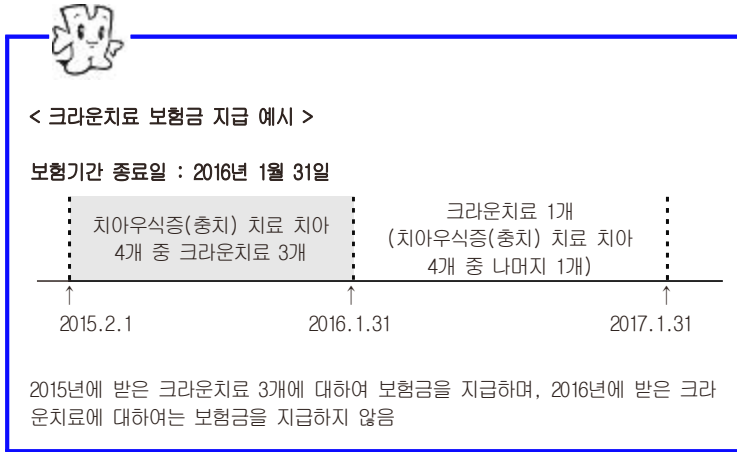
제2조 (유치 등의 정의)

- ① 이 특약에서 '유치'라 함은 젖니 또는 탈락치라고도 하며, 뒤에 나는 치아를 영구치라 합니다.
- ② 이 특약에서 '치아우식증(충치)'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.
- ③ 이 특약에서 '치주질환(잇몸질환)'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으

- 로 구분할 수 있는데 영증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라고 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다.
- ④ 치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에 규정된 병원 또는 의원(국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 포함합니다)의 치료의사의 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
  - ⑤ 이 특약에서 '보존치료'라 함은 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 치아에 재료를 직접 수복하는 직접보존과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접보존이 있습니다.
  - ⑥ 이 특약에서 '아말감(amalgam)'이라 함은 보존치료의 한 방법으로, 이때 사용된 재료는 구리, 은, 주석 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체를 말하며, '글래스아이오노머(glass ionomer)'라 함은 주로 치경부 마모증에 사용되는 것으로 산 부식 처리가 필요 없는 화학점착물을 말합니다.
  - ⑦ 이 특약에서 '복합레진'이라 함은 구강 충전 혹은 수복 재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)를 말합니다.
  - ⑧ 이 특약에서 '인레이·온레이'라 함은 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법을 말합니다.
  - ⑨ 이 특약에서 '크라운치료'라 함은 치관장착(Crown) 치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.
  - ⑩ 이 특약에서 '연간'이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 아말감 또는 글래스아이오노머 보존치료, 복합레진 보존치료, 인레이·온레이 보존치료 및 크라운치료는 보존치료 치아 1개당 보험금을 지급합니다. 다만, 크라운치료의 경우에는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 한 치아를 기준으로 연간 3개를 한도로 합니다.



- ② 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 2회 이상의 치료를 받은 경우에는 하나의 질병으로 인정하여 치아당 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 보존치료 보험금이 지급된 최종 치료일로부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 질병으로 봅니다.
- ③ 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 동일한 유치에 보존치료를 복합적으로 받은 경우에는 해당 보존치료 중 가장 높은 한 가지 유치보존치료보험금만 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보험기간 중 제2조(유치 등의 정의)에 따라 유치의 보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의의 사유로 보험기간 종료 후 보존치료를 받은 경우, 보험기간 종료 180일 이내의 보존치료는 보험기간이 종료된 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 유치보존치료보험금을 지급합니다.
- ⑤ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑦ 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 국민주거린이지보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑧ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 외상에 의한 치아손상(치아파절 등), 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 치과치료를 받은 경우
  - 2. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우
  - 3. 이미 보존치료를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 수리, 복구, 대체치료를 받은 경우
  - 4. 라미네이트 등 미용 상의 치료

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
  2. 치과치료관련 증명서 등
    - 가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서
      - 1) 치료한 치아의 위치 또는 치아번호
      - 2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
      - 3) 직접적인 치아의 치료원인
      - 4) 치료받은 치과치료의 종류
      - 5) 치과치료 진단확정일 및 치료시작일, 치료(예정)종료일
    - 나. 치과진료기록 사본
    - 다. 치과치료 전후의 X-ray 사진
    - 라. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
  3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
  4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-25. 치아치료(유치, 영구치)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 직접적인 목적으로 해당 유치에 대하여 보존치료를 받은 경우에는 치료 항목별로 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액	
유치보존치료 보험금	치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환) 으로 유치에 보존치료를 받은 경우	아말감, 글래스아이오노머 수복	치아당 이 특약 보험가입금액의 5%
		복합레진 수복	치아당 이 특약 보험가입금액의 25%
		인레이·온레이	치아당 이 특약 보험가입금액의 50%
		크라운	치아당 이 특약 보험가입금액의 50% (연간 3개한도)

- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 직접적인 목적으로 해당 영구치에 대하여 보존치료를 받은 경우에는 치료 항목별로 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.)

보험금의 종류		지급금액	
영구치보존치료 보험금	치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환) 으로 영구치에 보존치료를 받은 경우	아말감, 글래스아이오노머 수복	치아당 이 특약 보험가입금액의 10%
		복합레진 수복	치아당 이 특약 보험가입금액의 50%
		인레이·온레이	치아당 이 특약 보험가입금액의 100%
		크라운	치아당 이 특약 보험가입금액의 100% (연간 3개한도)

- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 외상의 치료를 직접적인 목적으로 해당 영구치의 발치를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발치한 부위에 아래의 보철치료를 받은 경우에는 치료 항목별로 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
영구치보철 치료보험금	치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 외상으로 영구치를 발치하고 발치한 부위에 보철치료를 받은 경우	가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당 이 특약 보험가입금액의 1,000% (연간 1회한도)
		고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치 발치 1개당 이 특약 보험가입금액의 500% (연간 3개 한도)
		임플란트 (Implant)	영구치 발치 1개당 이 특약 보험가입금액의 500% (연간 3개 한도)

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 영구치를 발치한 경우에는 발치영구치 1개당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
영구치발치치료보험금	영구치를 발치한 경우	이 특약 보험가입금액의 100%

**제2조 (유치 및 영구치 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '유치'라 함은 젓니 또는 탈락치라고도 하며, 영구치가 나기 전 유아기에 사용하는 치아를 말합니다.
- ② 이 특약에서 '영구치'라 함은 유치(幼齒, 젓니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 다만, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외합니다.



**< 치식(齒式) >**

사람의 치아는 총 32개로 구성되어 있으며, 문치(앞니), 견치(송곳니), 소구치(앞어금니), 대구치(뒷어금니)로 치열을 형성하고 있는데 그 가로선의 상하에 왼쪽으로부터 상·하악의 한쪽의 문치, 견치, 소구치, 대구치의 수를 기입한 것을 치식이라 합니다.

구 분	좌 · 우 각각의 치아 수				
	문치 (앞니)	견치 (송곳니)	소구치 (앞어금니)	대구치 (뒷어금니)	계
상 악	2개	1개	2개	3개	8개
하 악	2개	1개	2개	3개	8개
					16개

- ③ 이 특약에서 '영구치 발치'라 함은 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 외상 등에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발치한 경우를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 '치아우식증(충치)'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.
- ⑤ 이 특약에서 '치주질환(잇몸질환)'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라고 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다.
- ⑥ 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 및 발치의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에 규정된 병원 또는 의원(국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 포함합니다)의 치과외사의 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ⑦ 이 특약에서 '보존치료'라 함은 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 치아에 재료를 직접 수복하는 직접보존과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접보존이 있습니다.
- ⑧ 이 특약에서 '아말감(amalgam)'이라 함은 보존치료의 한 방법으로, 이때 사용된 재료는 구리, 은, 주석 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체를 말하며, '글래스아이오노머(glass ionomer)'라 함은 주로 치경부 마모증에 사용되는 것으로 산 부식 처리가 필요 없는 화학접착물을 말합니다.
- ⑨ 이 특약에서 '복합레진'이라 함은 구강 충전 혹은 수복 재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말합니다.
- ⑩ 이 특약에서 '인레이·온레이'라 함은 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법을 말합니다.
- ⑪ 이 특약에서 '크라운치료'라 함은 치관장착(Crown) 치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.
- ⑫ 이 특약에서 '보철치료'라 함은 '가철성의치(Denture)', '고정성가공의치(Bridge)', '임플란트(Implant)'를 말하며, 크라운 치료는 제외합니다.
  - 1. '가철성의치(Denture)'란 일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조

적이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대체하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다.

국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge) 및 정막에서 지지를 받습니다.

총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다.

2. '고정성가공의치(Bridge)'란 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구적착 되어지는 보철물을 말합니다.
  3. '임플란트(Implant)'란 정막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
- ⑬ 이 특약에서 '연간'이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

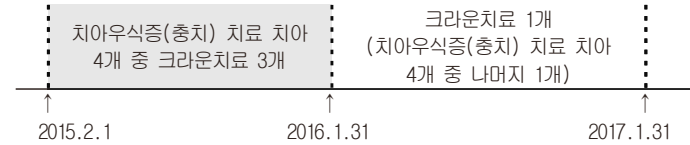
**< 유치/영구치 보존치료보험금 >**

- ① 아말감 또는 글래스아이오노머 보존치료, 복합레진 보존치료, 인레이·온레이 보존치료 및 크라운치료는 보존치료 치아 1개당 보험금을 지급합니다.  
다만, 크라운치료의 경우에는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 한 치아를 기준으로 연간 3개를 한도로 합니다.



**< 크라운치료 보험금 지급 예시 >**

**보험기간 종료일 : 2016년 1월 31일**

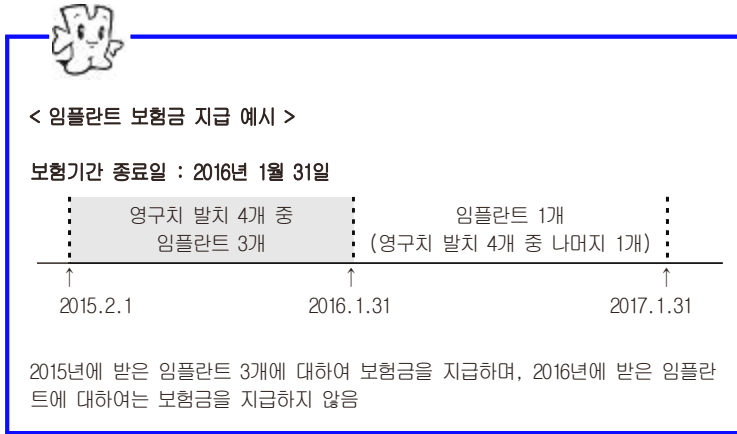


2015년에 받은 크라운치료 3개에 대하여 보험금을 지급하며, 2016년에 받은 크라운치료에 대하여는 보험금을 지급하지 않음

- ② 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 2회 이상의 치료를 받은 경우에는 하나의 질병으로 인정하여 치아당 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.  
다만, 보존치료 보험금이 지급된 최종 치료일부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 질병으로 봅니다.
- ③ 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 동일한 치아에 보존치료를 복합적으로 받은 경우에는 해당 보존치료 중 가장 높은 한 가지 보존치료보험금만 지급합니다.

**< 영구치 보철치료보험금 >**

- ④ 가철성의치(틀니)의 경우에는 보철물당 지급하며, 연간 1회를 한도로 지급합니다.
- ⑤ 고정성가공의치(브릿지) 및 임플란트(Implant)의 경우에는 영구치 발치 1개당 지급하며, 연간 3개를 한도로 합니다.



⑥ 피보험자가 영구치를 발치한 후 동일한 영구치에 복합형태의 보철치료를 받은 경우에는 해당 보철치료 중 가장 높은 한 가지 영구치보철치료보험금만 지급합니다.

**< 공통사항 >**

- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보험기간 중 제2조(유치 및 영구치 등의 정의)에 따라 치아의 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 해당 치료를 받은 경우, 보험기간 종료 180일 이내의 치료는 보험기간이 종료된 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 치아치료보험금을 지급합니다.
- ⑧ 청약서상 '계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.
- ⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 무배당 국민주인보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑪ 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 유치 및 영구치보철치료보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 외상에 의한 치아손상(치아파절 등), 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 치료치료를 받은 경우
  - 2. 다른 치료치료를 위하여 임시 치료치료를 한 경우
  - 3. 이미 보철치료를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 수리, 복구, 대체치료를 받은 경우
  - 4. 라미네이트 등 미용 상의 치료
- ③ 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 영구치 보철치료보험금 및 영구치발치치료보험금을 지급하지 않습니다.
  - 1. 제3대구치(사랑니)를 발치하는 경우
  - 2. 교정치료를 위하여 발치하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발치한 경우
  - 3. 부분 매복되었거나, 완전 매복되어 발치한 경우
  - 4. 이미 보철치료를 받은 치아의 보철물을 수리, 복구 및 대체할 경우

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  - 1. 청구서(회사양식)
  - 2. 치과치료관련 증명서 등
    - 가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서
      - 1) 치료한 치아의 위치 또는 치아번호
      - 2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
      - 3) 직접적인 치아의 치료원인
      - 4) 치료받은 치과치료의 종류
      - 5) 치과치료 진단확정일 및 치료시작일, 치료(예정)종료일
    - 나. 치과진료기록 사본
    - 다. 치과치료 전후의 X-ray 사진
    - 라. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
  - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인의 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
  - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**4-26. 의료사고법률비용보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

보험금의 종류		지급금액
의료사고법률비용	'의료사고'가 발생하여 소를 제기한 경우	변호사 착수금의 80% (이 특약의 보험가입금액 한도)

**제2조 (의료사고 등의 정의)**

- ① 이 특약에서 '의료사고'라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초래하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.
- ② 이 특약에서 '의료기관'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
- 1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
  - 2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
  - 3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준

## 무배당 갯안굿어린이보험(HI1501)

---

비금을 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 갯안굿어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제7조 (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 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 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

### 제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.



## 5. 배상책임관련 특별약관

### 5-0. 배상책임보장 공통 특별약관

#### 제1조 (목적)

이 보험계약(이하 '계약' 이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자' 라 합니다)와 보험회사(이하 '회사' 라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보장하기 위하여 체결됩니다.

#### 제2조 (용어의 정의)

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

##### 1. 계약 관련 용어

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험목적	보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람을 말합니다.

##### 2. 보상 관련 용어

용 어	정 의
중요한 사항	회사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 승낙을 거절하거나 보험가입 금액 한도 제한, 일부 보장 제외 등과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
배상책임	보험증권에 기재된 보험목적에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 배상책임 보장 특별약관의 '보험금 등의 지급한도' 조항에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 부담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

##### 3. 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
보험계약대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정되며, 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에도 적용합니다.
표준이율	회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제3조 (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 다음 각 호와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
  - 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
  - 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
  - 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다.  
 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 해당 배상책임 보장 특별약관의 '보상하는 손해의 범위' 제1호 및 제2

호 '다' 목 또는 '라' 목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제4조 (보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 보험금 청구서(회사양식)
- 2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- 3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
- 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조 (보험금의 지급절차)


- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보통보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.  
 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제6조 (의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 계약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다.  
 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 강제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 '의무보험에서 보상하는 금액'으로 봅니다.

제7조 (보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.



이 계약의 보상책임액

손해액 ×  $\frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**제8조 (손해방지의무)**

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 다음 각 호의 사항을 이행하여야 합니다.
  1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
  2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
  3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재, 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 회사의 동의를 미리 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 해당 배상책임보장 특별약관의 보상하는 손해에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺀다.
  1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
  2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
  3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해


**제9조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)**

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 계약에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다.  
그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다.  
이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해를 보상하지 않습니다.

**제10조 (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)**

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.



**< 보상책임을 지는 한도 >**

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
  1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
  2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다.  
이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

**제11조 (대위권)**

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(원물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 취득합니다.

다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
  2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다.  
다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

**제12조 (보험금 받는 방법의 변경)**

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

**제13조 (계약 전 알릴 의무)**

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다.

**제14조 (계약 후 알릴 의무)**

- ① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 다음 각 호와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
  1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
  2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
  3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

**제15조 (주소변경통지)**

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

**제16조 (알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
  1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제13조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
  2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제14조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
  1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
  4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때.  
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 없습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 무배당 갯앤갯어린이보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다'라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자, 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제17조 (양도)**

회사의 서면동의 없는 보험목적의 양도는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의 한 경우 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다.  
 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

**제18조 (사기에 의한 계약)**

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

**제19조 (계약의 성립)**

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 보험목적 또는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다.  
 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절하는 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.  
 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

**제20조 (청약의 철회)**

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
  - 1. 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약
  - 2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 계약



**< 전문보험계약자 >**

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

- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.  
 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 보험증권 받은 날에 대하여 이권이 있으면 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 계약자에게 청구할 수 없습니다.
- ⑦ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.  
 다만, 계약자가 보험금의 지급사유가 발생한 사실을 알면서 해당 계약의 청약을 철회한 경우에는 청약철회의 효력이 발생합니다.

**제21조 (약관교부 및 설명의무 등)**

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다.  
 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.  
 또한, 통신판매계약의 경우 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
  - 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 약관의 중요한 내용을 설명한 문서를 읽거나 내려받게 하는 방법.  
 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
  - 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법.

이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.



< 통신판매계약 >

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 계약자는 다음 각 호의 경우에 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 계약자가 청약할 때 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
3. 계약자가 계약을 체결할 때까지 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



< 약관의 중요한 내용 >

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

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

< 자필서명 >

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

※ 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 : 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이

용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

※ 전자서명법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명

: 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

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

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자, 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

제22조 (계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 보험사고가 발생하였을 경우에는 이 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제23조 (계약내용의 변경 등)

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

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다.

다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그

보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.



**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지) 환급금 보다 적어질 수 있습니다.

**제24조 (조사)**

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

**제25조 (타인을 위한 계약)**

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

**제26조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)**

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.  
또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

- ② 회사는 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.  
다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



**< 보장개시일 >**

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

- ④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
  1. 제13조(계약전 알릴 의무)에 따라 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
  2. 해당 배상책임보장 특별약관의 보상하지 않는 손해, 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약) 및 제22조(계약의 무효)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

**제27조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)**

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
  1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
  2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
  3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용
- ② 제1항의 납입최고(독촉)기간은 납입최고(독촉)의 통지가 계약자에게 도달한 날부터 시작되며, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 타인을 위한 계약의 경우 특정된 타인에게도 제1항 및 제2항에 따른 내용을 알려 드립니다.

- ④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
- ⑤ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.  
회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제28조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))**

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 지정된 피보험자에게 해지된 날부터 7일 이내에 통지합니다.
- ② 제1항에 의하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하고자 하는 해지 당시의 피보험자는 계약자의 동의를 얻고, 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다.
- ③ 회사는 법정상속인이 피보험자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 이행할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 제1항 및 제2항에 의한 피보험자의 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.  
다만, 회사의 통지가 해지된 날부터 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복)됩니다.



**< 강제집행과 담보권실행 >**

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.  
담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.  
법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

**< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >**

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.  
국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

**제29조 (계약자의 임의해지)**

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.  
다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

**제30조 (중대사유로 인한 해지)**

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
  - 2. 계약자 또는 피보험자가 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 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급합니다.

**제31조 (회사의 손해배상책임)**

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자 및 피보험자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 피보험자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

**제32조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(중도인출금), 제11조(만기환급금의 지급), 제12조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 및 제28조(계약의 소멸)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**5-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관**

**제1조 (보상하는 손해)**

회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 장애에 대한 법률상의 배상책임 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 '배상책임손해'라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

- 1. 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)에 주거하는 피보험자가 주택의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
- 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

**제2조 (피보험자의 범위)**

- ① 이 특약에서 피보험자라 함은 다음 각 호의 사람을 말합니다.
  - 1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자 본인'이라 합니다)
  - 2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
  - 3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
  - 4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.



※ 민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위 : 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

**제3조 (보상하는 손해의 범위)**

- 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.
- 1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
  - 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
    - 가. 피보험자가 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 5-0. 배상책임보장 공동 특별약관(이하 '공동 특별약관'이라 합니다) 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
    - 나. 피보험자가 공동 특별약관 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
    - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
    - 라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
    - 마. 피보험자가 공동 특별약관 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

**제4조 (보상하지 않는 손해)**

- ① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
  - 2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로

생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임



< 핵연료물질 >

사용된 연료를 포함합니다.

< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
  2. 보험증권에 기재된 주책을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
  3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 배상책임
  4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
  5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임.  
단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
  6. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
  7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
  8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
  9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임.  
그러나 동상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
  10. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제5조 (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’ 목, ‘나’ 목 또는 ‘마’ 목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’ 목 또는 ‘라’ 목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보상한도액 내에서 보상합니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 갯앤굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

5-2. 일상생활중배상책임(가족)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)


회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 장애에 대한

법률상의 배상책임 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 (이하 '배상책임손해'라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)에 주거하는 피보험자가 주택의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

**제2조 (피보험자의 범위)**

- ① 이 특약에서 피보험자라 함은 다음 각 호의 사람을 말합니다.
  1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자 본인'이라 합니다)
  2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
  3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
  4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.



※ 민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위  
: 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

**제3조 (보상하는 손해의 범위)**


- 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
  2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
    - 가. 피보험자가 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 5-0. 배상책임보장 공동 특별약관(이하 '공동 특별약관'이라 합니다) 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
    - 나. 피보험자가 공동 특별약관 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 보상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
    - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
    - 라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료.

그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

- 마. 피보험자가 공동 특별약관 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

**제4조 (보상하지 않는 손해)**

- ① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
  2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
  3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
  4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 기중된 배상책임
  5. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
  6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
  7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
  8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
  9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임



< 핵연료물질 >  
사용된 연료를 포함합니다.  
< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >  
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
  2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
  3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 배상책임
  4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
  5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임.  
단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
  6. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임

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

제5조 (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다.  
이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’ 목, ‘나’ 목 또는 ‘마’ 목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’ 목 또는 ‘라’ 목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보상한도액 내에서 보상합니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 국민주거연금보험(HI1501) 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제8조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될

계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 예시 : 5세의 피보험자가 3년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 8세, 11세, 14세 ~ 95세, 98세  
 ⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

5-3. 일상생활중배상책임(자녀)보장 특별약관

항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제1조 (보상하는 손해)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함함)에 장애 또는 재물의 손해를 입혀 피보험자 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 '배상책임손해'라 함)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 피보험자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함함)에 이하 '주택'이라 함)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외함)에 기인하는 우연한 사고



※ 민법 제755조(감독자의 책임)에서 규정하는 피보험자의 법정감독의무자 : 책임능력이 없는 미성년자 또는 심신상실자가 타인에게 손해를 가한 경우에는 그를 감독할 법정 의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다.

제2조 (보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺀다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
  - 가. 피보험자가 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 5-0. 배상책임보장 공통 특별약관(이하 '공통 특별약관'이라 함) 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
  - 나. 피보험자가 공통 특별약관 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
  - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
  - 라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
  - 마. 피보험자가 공통 특별약관 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3

제3조 (보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
  2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
  3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
  4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
  5. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
  6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
  7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
  8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
  9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임



< 핵연료물질 >  
 사용된 연료를 포함합니다.  
 < 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >  
 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자와 동거하는 친족에 대한 배상책임
  2. 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
  3. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
  4. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
  5. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
  6. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외함), 총기(공기총은 제외함)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

제4조 (보험금 등의 지급한도)

## 무배당 갯내어린이보험(HI1501)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가' 목, '나' 목 또는 '마' 목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다' 목 또는 '라' 목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보상한도액 내에서 보상합니다.

### 제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 갯내어린이보험(HI1501) 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나고 나서 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

## 5-4. 일상생활중배상책임(자녀)(갱신형)보장 특별약관

### 제1조 (보상하는 손해)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어

그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 장애 또는 재물의 손해를 입혀 피보험자 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 '배상책임손해' 라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' , '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

1. 피보험자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택' 이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고



※ 민법 제755조(감독자의 책임)에서 규정하는 피보험자의 법정감독의무자 : 책임능력이 없는 미성년자 또는 심신상실자가 타인에게 손해를 가한 경우에는 그를 감독할 법정무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다.

### 제2조 (보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
  - 가. 피보험자가 무배당 갯내어린이보험(HI1501) 5-0. 배상책임보장 공통 특별약관(이하 '공통 특별약관' 이라 합니다) 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
  - 나. 피보험자가 공통 특별약관 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
  - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
  - 라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
  - 마. 피보험자가 공통 특별약관 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

### 제3조 (보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
  2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로

생긴 손해에 대한 배상책임

3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임



< 핵연료물질 >

사용된 연료를 포함합니다.

< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

- ② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자와 동거하는 친족에 대한 배상책임
  2. 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
  3. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임.  
단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
  4. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
  5. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
  6. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

제4조 (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가' 목, '나' 목 또는 '마' 목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다' 목 또는 '라' 목의 비용 : 이 비용과 제1호

에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보상한도액 내에서 보상합니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 굿앤굿어린이보험(HI1501) 보통약관 제38조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제7조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다.  
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 예시 : 1세의 피보험자가 3년만기로 30세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 4세, 7세, 10세 ~ 25세, 28세

⇒ 28세 갱신시점에서는 30세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.  
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.  
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.



## 6. 무배당 실손의료(갱신형)보장 특별약관

### 제1장 실손의료보장 공통조항

#### 제1관 일반사항 및 용어의 정의



실손 의료보험은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

#### 제1조 (담보종목)

- ① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원실손의료보장, 상해통원실손의료보장, 질병입원실손의료보장, 질병통원실손의료보장의 총 4개의 보장으로 구성되어 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

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

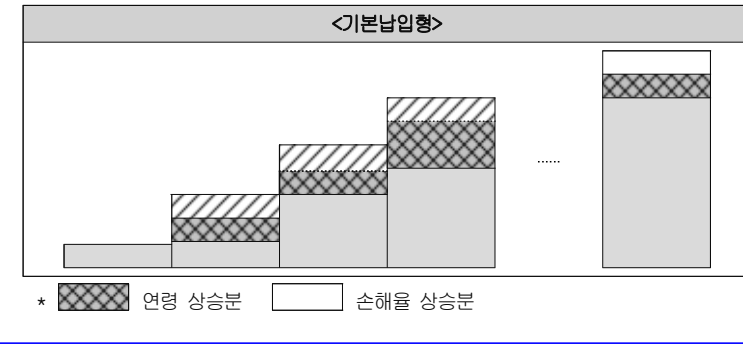
#### 제2조 (보험료 납입방식)

계약자는 최근의 위험률(손해율)을 기준으로 매년 새롭게 산출된 보험료를 납입합니다



#### < 보험료납입방식 - 기본납입형 >

최근의 위험률(손해율)을 기준으로 매년 새롭게 산출된 보험료를 납입하는 상품으로, 매년 연령 및 손해율에 따라 보험료가 변동됩니다.



제3조(용어정의) 이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임1>과 같습니다.

### 제2관 보험금의 지급

#### 제4조 (보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 보험가입시 계약자가 선택한 'Ⅰ. 상해입원실손의료(갱신형)보장', 'Ⅱ. 상해통원실손의료(갱신형)보장', 'Ⅲ. 질병입원실손의료(갱신형)보장', 'Ⅳ. 질병통원실손의료(갱신형)보장' 에서 정합니다.

#### 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 보험가입시 계약자가 선택한 'Ⅰ. 상해입원실손의료(갱신형)보장', 'Ⅱ. 상해통원실손의료(갱신형)보장', 'Ⅲ. 질병입원실손의료(갱신형)보장', 'Ⅳ. 질병통원실손의료(갱신형)보장' 에서 정합니다.

#### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 계약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보험가입시 계약자가 선택한 ‘I. 상해입원실손의료(갱신형)보장’, ‘II. 상해통원실손의료(갱신형)보장’, ‘III. 질병입원실손의료(갱신형)보장’, ‘IV. 질병통원실손의료(갱신형)보장’ 에서 정합니다.

**제7조 (보험금 지급사유의 통지)**

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제8조 (보험금의 청구)**

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  - 1. 청구서 (회사 양식)
  - 2. 사고증명서 [(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)) 등]
  - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
  - 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.



※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

**제9조 (보험금의 지급절차)**

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.  
다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험

금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- 1. 소송제기
  - 2. 분쟁조정 신청
  - 3. 수사기관의 조사
  - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
  - 5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
  - 6. 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표1] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’ 에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.  
그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 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 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자에 대한 이 계약의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제37조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제26조(계약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.



**< 실종선고 >**

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

**제11조 (보험금 받는 방법의 변경)**

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

**제12조 (주소변경통지)**

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

**제13조 (보험수익자의 지정)**

계약자는 보험수익자를 지정할 수 있으며 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자로 합니다.

**제14조 (대표자의 지정)**

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

**제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등**

**제15조 (계약 전 알릴 의무)**

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



- ※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)
- ※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

**제16조 (상해보험 계약 후 알릴 의무)**

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 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 증가·감소된 경우, 이후 기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 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 상해에 관해서는 원래대로 지급합니다.

- 다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

**제17조 (알릴 의무 위반의 효과)**

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
  - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
  - 1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  - 3. 계약체결일(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말함)부터 3년이 지났을 때
  - 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때.  
다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다
  - 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.  
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다' 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

**제18조 (사기에 의한 계약)**

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

**제4관 계약의 성립과 유지**

**제19조 (계약의 성립)**

- ① 이 특별약관은 주된 보험계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어지며, 보통약관이 해지, 무효, 취소된 경우에는 이 특별약관도 해지, 무효, 취소됩니다.(이하 '특별약관'은 '특약'이라 합니다)
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다.  
그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절하는 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.  
다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.



**< 보험료 >**

보험료는 보험계약자가 보험계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급 조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

**제20조 (피보험자의 범위)**

이 특약에서 피보험자라 함은 다음 각 호에서 정한 자 중에서 보험증권에 기재된 자를 말합니다.

1. 피보험자 본인
2. 보통약관에서 정한 피보험자의 범위에 해당하는 자

**제21조 (청약의 철회)**

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
  1. 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약
  2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 계약



**< 전문보험계약자 >**

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

- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항 및 제2항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회할 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.



**< 보험계약대출이율 >**

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

- ⑤ 제1항의 보험증권 받은 날에 대하여 이권이 있으면 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 계약자에게 청구할 수 없습니다.
- ⑦ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다. 다만, 계약자가 보험금의 지급사유가 발생한 사실을 알면서 해당 계약의 청약을 철회한 경우에는 청약철회의 효력이 발생합니다.

**제22조 (약관교부 및 설명의무)**

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
  1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
  2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.



**< 통신판매계약 >**

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 계약자는 다음 각 호의 경우에 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 않은 경우
  2. 계약자가 청약할 때 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
  3. 계약자가 계약을 체결할 때까지 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



**< 약관의 중요한 내용 >**

보험업법 시행령 제42조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

**< 자필서명 >**

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

- ※ 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명  
: 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이 용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- ※ 전자서명법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명  
: 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.  
가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것  
나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것  
다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것  
라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 본다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
  2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명합니다.

**제23조 (계약의 무효)**

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.  
그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보며 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.  
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제24조 (계약내용의 변경 등)**

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다.  
이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목 또는 담보종목
  2. 보험기간
  3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
  4. 계약자

5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다.  
다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
  - 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 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제37조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
  - ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
  - ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.



**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제25조 (보험나이 등)**

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



**< 보험나이 계산 예시 >**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2015년 4월 13일  
 ⇒ 2015년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 26년 6개월 11일 = 27세

**제26조 (계약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제27조 (재가입)**

- ① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음 날로 재가입할 수 있습니다.
  1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
  2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 계약의 자동갱신 종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다.  
다만, 재가입 계약이 직전계약보다 보장내용 및 범위 등이 확대된 경우 확대된 내용에 대해 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있으며, 승낙 거절시에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 가입조건의 보험 계약으로 재가입이 가능합니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려 드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다.  
다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그렇지 않습니다.
- ④ 회사가 제3항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.  
회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

**제5관 보험료의 납입**

**제28조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)**

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.  
또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
- ② 회사는 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

- ③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



**< 보장개시일 >**

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

- ④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
  1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
  2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
  3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ⑤ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제4항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

**제29조 (제2회 이후 보험료의 납입)**

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.



**< 납입기일 >**

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 표준이율로 할인하여 드립니다.
- ③ 제2항의 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 연체되었을

경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

**제30조 (보험료의 자동대출납입)**

- ① 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.
- ② 제1항의 규정에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제37조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

**제31조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)**

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
  1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
  2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
  3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.



- ③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
- ⑤ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.  
회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제37조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제32조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

- ① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 표준이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(계약의 성립) 및 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제33조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))**

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 해지된 날부터 7일 이내에 통지합니다.
- ② 제1항에 의하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하고자 하는 해지 당시의 보험수익자는 계약자의 동의를 얻고, 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하여야 합니다.
- ③ 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수

- 있습니다.
- ④ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 이행할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 제1항 및 제2항에 따른 보험수익자의 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.  
다만, 제1항에 따른 회사의 통지가 해지된 날부터 7일을 경과하여 도달하고 이후 보험수익자가 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.



**< 강제집행과 담보권실행 >**

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

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

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

**< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >**

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

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

**제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등**

**제34조 (계약자의 임의해지)**

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제37조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ② 단체보험계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제1항을 따릅니다.  
그러나, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

**제35조 (중대사유로 인한 해지)**

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
  - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에게 보험금을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
  - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우.  
다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 지급합니다.

**제36조 (회사의 파산선고와 해지)**

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제37조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제37조 (해지환급금)**

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 계산합니다.
- ② 제1항의 해지환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약 대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

**제38조 (보험계약대출)**

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.  
그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출원금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

**제39조 (배당금의 지급)**

회사는 이 특약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

**제7관 다수보험의 처리 등**

**제40조 (다수보험의 처리)**

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- ③ 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.

각 계약별 비례분담액 =  

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

**제41조 (연대책임)**

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다.  
다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

**제8관 분쟁의 조정 등**

**제42조 (분쟁의 조정)**

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

**제43조 (관할법원)**

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

**제44조 (소멸시효)**

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

**제45조 (약관의 해석)**

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부당을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

**제46조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)**

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



**< 보험안내자료 >**  
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다.

**제47조 (회사의 손해배상책임)**

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

**제48조 (개인정보보호)**

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다.  
다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

**제49조 (준거법)**

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

**제50조 (예금보험에 의한 지급보장)**

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



**< 예금자보호제도 >**

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

<붙임1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
표준이율	회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관광서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과 의사의 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·치과 의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전

용 어	정 의
	넘하는 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 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약품업외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(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 제41조(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

용어	정의
	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. 진찰검사 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	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 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, 의료급여 관련 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

<부표1> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분		적립기간	적립이율	
승낙거절로 제1회보험료 반환		보험료를 받은 기간	표준이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
청약 철회로 기납입보험료 반환		반환기일 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
계약 무효로 기납입보험료 반환	회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우	보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율	
보장관련 보험금	지급기일 이내에 보험금을 지급하지 않은 경우	지급기일 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
해지환급금		지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	표준이율 의 50%
			1년 초과	1%
		환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

※ 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.  
 ※ 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

1. 상해입원실손의료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 계약자가 가입시 선택한 공제금액 유형(선택형,표준형)에 따라 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상합니다.

구 분		보 상 금 액
연 재 보	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부더 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료차액	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)
선 택 보	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부더 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료차액	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)

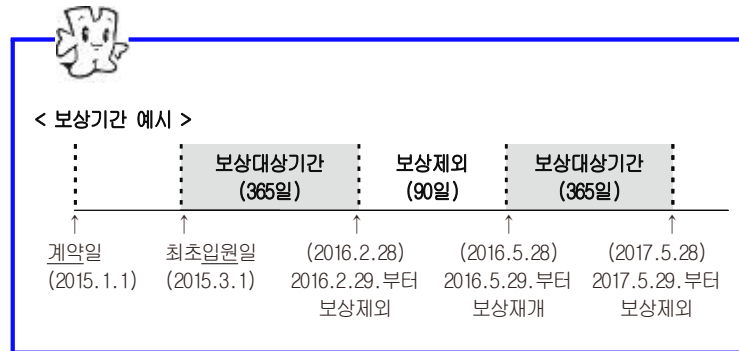
주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 (국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡

입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.

- ② 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비 ( '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 에 따라 보건복지부 장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상합니다.
- ③ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 하나의 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원 의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우는 다시 보상합니다.



- ④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부더 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다. 단, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제3항을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
  - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우  
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신

- 을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우  
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우.  
그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다
  - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
  - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
  - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
  - 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
  - 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
  - 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
  - 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산.  
다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  - 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, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  - 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용.  
다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다.
  - 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 쌍꺼풀수술(이중꺼름수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
    - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각적 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개

선 목적의 수술

- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
  - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
  9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비.  
다만, 본인부담의료비는 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보상합니다.
  10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비



※ 국민건강보험법 제42조(요양기관)  
: 의료기관(의료법 적용), 약국 또는 한국회귀의약품센터(약사법 적용), 보건소·보건의료원 및 보건지소(지역보건법 적용), 보건진료소(농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 적용)

제4조 (계약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내합니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신합니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제5조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다



- 을 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갹신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**II. 상해통원실손의료(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원료비로서 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

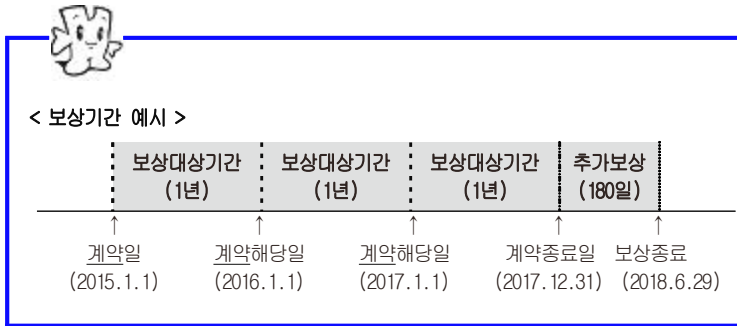
구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’ 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’ 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

- 주) 1. 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳐지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)  
 2. 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.
- ② 이 보장에서 항목별 공제금액은 계약자가 가입시 선택한 공제금액 유형(선택형,표준형)에 따라 다음과 같습니다.

구 분	항 목	공제금액	
표준형	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	1만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
선택형	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 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 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 않습니다.
- ② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.  
단, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.



- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부 장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 ‘항목별 공제금액’을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액을 한도로 보상합니다.  
(단, 외래 및 처방조제비의 보험가입금액은 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.)
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.
  - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우  
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신

- 을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우  
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우.  
그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사가 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.
  - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
  - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
  - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
  - 1. 초과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
  - 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
  - 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
  - 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산.  
다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  - 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, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  - 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용.  
다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다.
  - 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
    - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개

- 선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
  - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
  9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비.  
다만, 본인부담의료비는 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보상합니다.
  10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비



※ 국민건강보험법 제42조(요양기관)  
: 의료기관(의료법 적용), 약국 또는 한국회귀의약품센터(약사법 적용), 보건소·보건의료원 및 보건지소(지역보건법 적용), 보건진료소(농어촌 등 보건 의료를 위한 특별조치법 적용)

**제4조 (계약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내합니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신합니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제5조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다

- 음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**III. 질병입원실손의료(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 계약자가 가입시 선택한 공제금액 유형(선택형,표준형)에 따라 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상합니다.

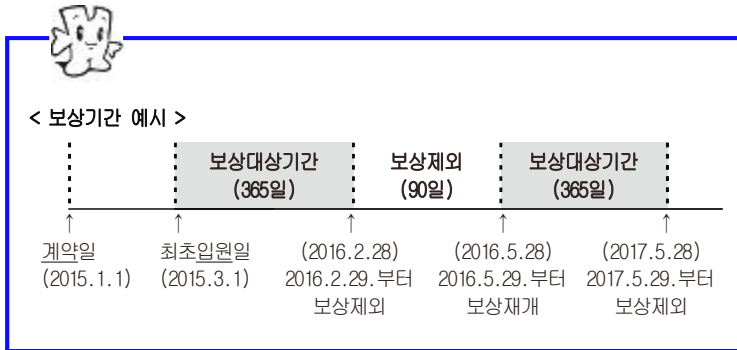
구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)' 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
선택형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여 <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)' 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료차액	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)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 (국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여

항목 포함)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비 (‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부 장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상합니다.
- ② 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다.  
 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우는 새로운 질병으로 보아 다시 보상합니다.



- ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제2항은 적용하지 않습니다.  
 단, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑤ 하나의 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 입원한 때에는 하나의 질병으로 간주합니다.

- ⑥ 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 공통조항 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 공통조항 제32조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
  - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우  
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
  - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우  
 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
  - 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
  - 1. 정신과질환 및 행동장애(F04-F99)
  - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96-N98)
  - 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함한다), 산후기로 입원한 경우(000-099)
  - 4. 선천성 뇌질환(Q00-Q04)
  - 5. 비만(E66)
  - 6. 비노기계 장애(N39, R32)
  - 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60-K62)
- ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
  - 1. 초과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
  - 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해

- 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
  4. 건강검진, 예방접종, 인공유산.  
다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  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, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비  
가. 단순한 피로 또는 권태  
나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환  
다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항(별표1 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
  7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용.  
다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다.
  8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비  
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등  
나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술  
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술  
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술  
마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
  9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
  10. 산재보험에서 보상받는 의료비.  
다만, 본인부담료비는 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보상합니다.
  11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비  
다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다.
  12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비



※ 국민건강보험법 제42조(요양기관)  
: 의료기관(의료법 적용), 약국 또는 한국회귀의약품센터(약사법 적용), 보건소·보건의원 및 보건지소(지역보건법 적용), 보건진료소(농어촌 등 보건 의료에 관한 특별조치법 적용)

#### 제4조 (계약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내합니다.
- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신합니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

#### 제5조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**IV. 질병통원실손의료(갱신형)보장 특별약관**

**제1조 (보험금의 지급사유)**

- ① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원료비로서 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

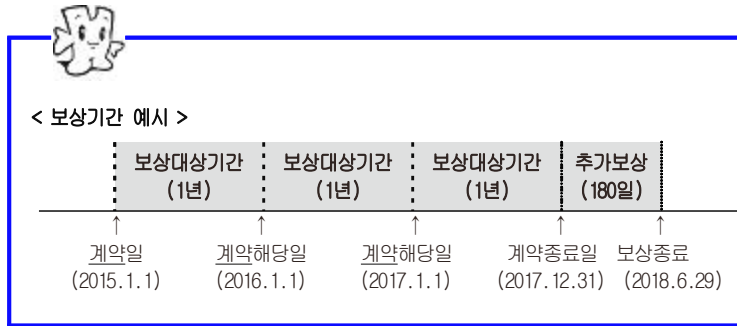
구분	보상한도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’ 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 <sup>주1)</sup> ’ 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

- 주) 1. 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)
- 2. 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.
- ② 이 보장에서 항목별 공제금액은 계약자가 가입시 선택한 공제금액 유형(선택형,표준형)에 따라 다음과 같습니다.

구분	항목	공제금액	
표준형	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 보건요리를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
선택형	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 보건요리를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

- ① 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.  
단, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.



- ② 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 제1조(보험금의 지급사유) 및 제1항을 적용합니다.
- ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비 ( '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 에 따라 보건복지부 장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 '항목별 공제금액' 을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액을 한도로 보상합니다.  
(단, 외래 및 처방조제비의 보험가입금액은 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.)
- ④ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑤ 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 과거 (청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑦ 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 공통조항 제31조(보험료의 납입

이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑧ 공통조항 제32조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우  
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
  2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우  
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
  4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ② 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
  1. 정신과질환 및 행동장애(F04-F99)
  2. 여성생식기의 비역증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96-N98)
  3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(000-099)
  4. 선천성 뇌질환(Q00-Q04)
  5. 비만(E66)
  6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
  7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60-K62)
- ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
  1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
  2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
  3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
  4. 건강검진, 예방접종, 인공유산.  
다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
  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, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 단순한 피로 또는 권태
    - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
    - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표1] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
  7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용.  
다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다.
  8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
    - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 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
    - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
  9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
  10. 산재보험에서 보상받는 의료비.  
다만, 본인부담의료비는 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보상합니다.
  11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비  
다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다.
  12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비



※ 국민건강보험법 제42조(요양기관)  
: 의료기관(의료법 적용), 약국 또는 한국희귀의약품센터(약사법 적용), 보건소·보건의원 및 보건지소(지역보건법 적용), 보건진료소(농어촌 등 보건 의료를 위한 특별조치법 적용)

**제4조 (계약의 자동갱신)**

- ① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될

계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내합니다.

- ② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신합니다.
- ③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ④ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

**제5조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.  
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.



## 7. 기타 특별약관

### 7-1. 출생전 자녀가입 제도특별약관

#### 제1조 (특별약관의 적용)

- ① 이 특별약관(이하 '특약' 이라 합니다)은 상해사망보장 특약, 질병사망보장 특약, 상해후유장해(80%이상)보장 특약, 질병후유장해(80%이상)보장 특약 중 하나 이상의 보장 특약을 무배당 굿앤굿어린이씨보험(HI1501) 보통약관(이하 '보통약관' 이라 합니다) 피보험자의 부양자에게 부가한 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ② 이 특약은 보통약관의 피보험자로 될 자가 계약체결시 출생전 자녀(이하 '태아' 라 합니다)인 계약에 대하여 적용합니다.
- ③ 제2항의 태아는 출생시에 피보험자로 됩니다.

#### 제2조 (출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
  1. 통지서(회사양식)
  2. 피보험자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
  3. 보험증권
- ② 회사는 제1항의 알림이 있는 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

#### 제3조 (유산 또는 사산)

- ① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다. 다만, 보통약관 피보험자의 부양자에게 부가한 다음의 특약은 제외합니다.

구 분	대상 특약
상해관련 특별약관	상해사망, 상해후유장해(80%이상)
질병관련 특별약관	질병사망, 모성사망, 질병후유장해(80%이상), 유산진단, 임신·출산질환입원일당(4일이상), 유산입원일당(4일이상), 임신·출산질환수술, 유산수술

구 분	대상 특약
배상책임관련 특별약관	일상생활중배상책임(가족), 일상생활중배상책임(가족)(갱신형)

- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
  1. 통지서(회사양식)
  2. 회사가 필요한 경우 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
  3. 보험증권
  4. 최종보험료 영수증
- ③ 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

#### 제4조 (복수출생의 경우)

- ① 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
- ② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록상 다음 순위의 자를 새로운 피보험자로 할 수 있습니다. 다만, 계약자가 새로운 피보험자를 지정할 경우에는 회사는 이에 따릅니다.
- ③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
  3. 보험증권
- ④ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 책임을 집니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.
- ⑥ 제2항의 피보험자 변경이 이루어진 경우에는 변경전 피보험자에 대한 사망보험금이 지급되지 않습니다.
- ⑦ 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망케 한 경우에는 제2항의 피보험자 변경을 하지 않습니다.

#### 제5조 (보험금 지급기준 적용나이)

보통약관 제27조(보험나이 등)의 보험기간에서 적용하는 피보험자의 나이는 피보험자가 출생한 날부터 계산합니다.

#### 제6조 (보험나이 및 특례)

**무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501)**

계약일에 있어서의 피보험자의 보험나이는 0세로 합니다.

**제7조 (계약일 및 보험나이의 변경)**

- ① 회사가 제2조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 출생일이 계약일부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자의 출생일의 반년전의 해당일로 변경하며, 이로 인하여 부양자의 보험나이가 바뀌어 질 경우에는 이것을 변경합니다.
- ② 제1항에 의해 부양자의 보험나이를 변경할 경우에는 회사는 변경후의 보험나이에 따라서 보험료를 변경합니다.
- ③ 제2항의 경우 이미 납입한 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때에는 계약자는 이를 회사에 납입하여야 합니다.

**제8조 (보험료 정산에 관한 사항)**

- ① 계약체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 남자 0세 보장부분 영업보험료의 합계액과 여자 0세 보장부분 영업보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용하며, 출생후 피보험자의 성별이 확정된 경우에는 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
- ② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에 따른 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 성별에 따라 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(중도인출금) 및 제11조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

**7-2. 계약전환 제도특별약관**

**제1조 (특별약관의 적용)**

- ① 이 특별약관은 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 이미 15세만기 이상(15세만기, 18세만기, 20세만기, 24세만기, 27세만기, 30세만기)으로 체결되어 있는 유효한 무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501) 보험계약의 보험계약자가 제2조(계약전환 안내)에서 정한

안내를 받고 무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501) 보험계약의 보험기간 종료일 이전까지 계약전환을 신청한 경우에 한하여, 무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501) 보험계약을 보험기간 종료시점에서 80세만기 또는 100세만기 무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501) 보험계약으로 전환하는 경우에 적용합니다.(이하 특별약관은 ‘특약’, 보험계약은 ‘계약’, 보험계약자는 ‘계약자’, 이미 체결되어 있는 유효한 무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501) 보험계약은 ‘전환전 계약’, 80세만기 또는 100세만기 무배당 굿앤굿어린이보험(Hi 1501) 보험계약은 ‘전환후 계약’ 이라 합니다)

- ② 제1항에 따라 전환전 계약에서 전환후 계약으로 전환하는 경우 가입할 수 있는 기본계약 및 특별약관은 다음과 같습니다.

구 분	대상 특약
기본계약	(계약전환시점 피보험자의 만나이 기준) - 만15세 이상 : 상해사망후유장해 - 만15세 미만 : 상해후유장해
상해관련 특별약관	상해사망, 교통상해후유장해(비운전중), 교통상해후유장해(비탑승중), 교통상해후유장해(대중교통이용중), 자전거탑승중상해후유장해, 상해후유장해(80%이상), 상해후유장해(80%이상, 연단위분할지급형), 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 연단위분할지급형), 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 연단위분할지급형), 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 연단위분할지급형), 상해후유장해(50%이상, 연단위분할지급형), 교통상해후유장해(비운전중, 50%이상, 연단위분할지급형), 골절진단, 5대골절진단, 화상진단, 중증화상/부식진단, 상해입원일당(1일이상), 상해입원일당(1일이상, 중환자실), 골절수술, 5대골절수술, 화상수술, 중대한특정상해수술, 상해흉터성형수술, 뇌·내장손상수술, 심한상해수술
질병관련 특별약관	질병사망, 질병후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상, 연단위분할지급형), 질병후유장해(50%이상, 연단위분할지급형), 암진단, 특정암진단, 재진단암진단, 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단, 뇌혈관질환진단, 허혈성심장질환진단, 항암방사선약물치료, 질병특정고도장해, 말기신부전증진단, 양성뇌종양진단, 중대한재생불량성빈혈진단, 특정전염병진단, 질병입원일당(1일이상), 질병입원일당(1일이상, 중환자실), 암직접치료입원일당(4일이상), 피부질환입원일당(4일이상), 식중독입원일당(4일이상), 환경성질환입원일당(1일이상), 생활질환입원일당(1일이상),

구 분	대상 특약
	VDT중후군입원일당(1일 이상), 암수술, 조혈모세포이식수술, 16대질병수술, 특정5대질병수술, 충수염수술, 시정각질병수술, 호흡기관련질병수술
상해 및 질병관련 특별약관	장기이식수술, 각막이식수술
비용손해관련 특별약관	자동차사고벌금, 자동차사고변호사선임비용, 자동차사고면허정지일당, 자동차사고면허취소, 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해), 자동차사고처리지원금(중상해), 자동차사고부상(운전자), 자동차사고부상(비운전중), 강력범죄피해(사망제외), 폭력피해(사망제외), 갑스치료, 의료사고법률비용
배상책임관련 특별약관	일상생활중배상책임(가족)

단, 질병사망보장 특약의 가입은 계약전환시점에 만15세 이상의 피보험자로 하며, 암진단, 특정암진단, 재진단암진단, 암적점치료입원일당(4일 이상) 및 암수술보장 특약의 가입은 전환전 계약에서 암진단 또는 암진단(갱신형)보장 특약의 가입자로 한합니다.

**제2조 (계약전환 안내)**

회사는 전환전 계약의 보험기간이 종료되기 1개월 이전까지 계약전환에 관한 사항을 서면으로 안내하여 드립니다.

**제3조 (전환후 계약의 체결)**

계약자는 제1조(특별약관의 적용)에서 정한 절차에 따라 계약전환을 신청할 수 있으며, 계약전환시 전환후 계약의 보장개시일은 전환전 계약의 보험기간 종료일로 합니다.

**제4조 (전환후 계약의 보험료 납입)**

- ① 전환후 계약의 보험료는 전환전 계약 보통약관 제11조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금에서 일시에 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 계약자는 제1항에서 정한 방법으로 전환후 계약의 보험료가 전액 총당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.

**제5조 (전환후 계약 약관의 준용)**

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환후 계약의 약관규정을 따릅니다.
- ② 이 특약에서 정한 사항과 전환후 계약의 약관에서 정한 사항이 서로 다를 경우 이 특약에서 정한 사항을 우선하여 적용합니다.

**7-3. 계약분리 제도특별약관**

**제1조 (특별약관의 적용)**

이 특별약관(이하 ‘특약’ 이라 합니다)은 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’ 이라 합니다) 제22조(피보험자의 범위) 및 무배당 갯앤갯어린이CI보험(HI1501) 특별약관(이하 ‘보장특약’ 이라 합니다)에서 정한 피보험자의 범위 중 2인 이상의 피보험자가 가입되어 있는 유효한 계약을 제3조(계약분리 대상사유)로 인하여 2개 이상의 계약으로 분리하는 경우에 적용합니다.

**제2조 (용어의 정의)**

- 이 특약에서 사용하는 용어의 의미는 다음 각 항과 같습니다.
- ① 원계약 : 계약분리의 대상이 되는 계약으로 2인 이상의 피보험자가 가입되어 있는 유효한 계약
  - ② 자계약 : 원계약에서 분리되어져 나가는 피보험자에게 새롭게 형성되는 계약
  - ③ 모계약 : 원계약에서 자계약이 분리되고 난 이후 원계약의 계약자에게 잔존하는 계약

**제3조 (계약분리 대상사유)**

이 특약에 의하여 계약분리를 적용할 수 있는 경우는 원계약의 계약자 또는 피보험자에게 다음 각 호에 정한 사항 중 하나 이상이 발생한 경우에 한합니다.

- 1. 이혼
- 2. 결혼
- 3. 가족관계등록부상 또는 주민등록상 세대분가
- 4. 기타 계약관리상 필요하다고 회사가 인정하는 경우

**제4조 (계약분리 대상이 되는 보장)**

이 특약에 따라 원계약에서 자계약으로 분리되는 보장은 보통약관 및 보장특약을 그 대상으로 합니다.

**제5조 (계약분리 방법)**

- ① 계약분리는 제3조(계약분리 대상사유)에서 정한 사유가 발생한 후 계약자의 서면에 의

한 신청이 있어야 하며, 회사가 승낙하는 경우에만 이루어집니다.

- ② 회사는 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우에만 계약을 분리할 수 있습니다.
  - 1. 원계약이 보험료의 납입을 연체하고 있지 않으며, 정상적인 계약유지의 상태에 있을 것
  - 2. 원계약의 피보험자가 2인 이상일 것
  - 3. 원계약에서 분리되는 자계약의 해당 피보험자에게 보험사고가 발생하지 않았거나, 보험사고 발생 후 보상처리가 종결된 상태일 것
  - 4. 원계약에 대하여 가압류, 질권설정 등의 법률적인 이해관계가 존재하지 않을 것
  - 5. 계약분리 후의 모계약과 자계약의 계약내용이 회사가 사업방법서에서 정한 내용과 무배당 갯안굿어린이씨보험(HI 1501)의 약관에서 정한 내용을 벗어나지 않을 것
- ③ 계약분리는 원계약에서 분리대상 피보험자에게 해당하는 제4조(계약분리 대상이 되는 보장)와 그에 상응하는 보장부분 책임준비금을 하나 이상의 자계약으로 분리하고, 그 이외의 잔여부분을 모계약에 잔존시킴으로써 이루어집니다.
- ④ 회사가 계약분리를 승낙하는 경우 자계약에는 반드시 새로운 계약자를 지정하여야 하며, 회사는 계약분리신청서 부분 및 약관과 함께 새로운 증권을 발급합니다. 또한 계약분리에 따른 변경 사항 및 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

**제6조 (계약분리 후의 효력)**

- ① 계약분리 후 모계약과 자계약의 피보험자별 보험기간 및 보장내용은 원계약에서의 가입 조건과 동일한 효력을 가집니다.
- ② 계약분리 후 모계약과 자계약의 피보험자에 대하여 ‘계약전 알릴 의무’와 관련하여 청약서에 기재된 내용은 계약분리 후에도 계속 유효하게 적용됩니다.
- ③ 계약분리 후에는 원계약의 보험료 납입기일을 모계약 및 자계약의 납입기일로 하며, 각각의 계약에 해당하는 보험료를 계속 납입하여야만 계약이 계속 유지됩니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

**7-4. 지정대리청구서비스 제도특별약관**

**제1조 (적용대상)**

이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 무배당 갯안굿어린이씨보험(HI 1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다.) 및 특별약관에 적용됩니다.

**제2조 (특약의 체결 및 소멸)**

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

**제3조 (지정대리청구인의 지정)**

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, ‘지정대리청구인’이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
  - 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
  - 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

**제4조 (지정대리청구인의 변경지정)**

- 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
  - 2. 보험증권
  - 3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
  - 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

**제5조 (보험금 지급 등의 절차)**

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

**제6조 (보험금의 청구)**

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 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 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

**7-5. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 제도특별약관**

**제1조 (특약의 체결 및 효력)**

- ① 이 특별약관은 계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 ‘특약’이라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 굿앤굿어린이CI보험(HI1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.
- ④ 계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.
  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 계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 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 계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.
  1. [별표55] ‘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 않습니다.)
  2. [별표56] ‘특정질병 분류표’ 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다.)
- ③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 ‘1년부터 5년’ 또는 ‘계약의 보험기간’으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
  1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
  2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
  3. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병 또는 제2항 제2호에서 지정한 특정질병에 대해서 계약 청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 4개 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 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

**제4조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

## 7-6. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도특별약관

### 제1조 (특별약관의 적용)

- ① 이 특별약관은 계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 그 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자가 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 계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 특별약관은 '특약', 우리회사는 '회사'라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 갯안굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다) 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

### 제2조 (이륜자동차의 정의)

- ① 이 특약에서 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력(전기로 동력을 발생하는 구조인 것을 말함)의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말합니다.
- ② 제1항에서 '그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차'는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
  - 1. 이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차
  - 2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

### 제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 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 않습니다.  
다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료

로 하여 결정합니다.

### 제4조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

### 제5조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

## 7-7. 보험료 자동납입 제도특별약관

### 제1조 (보험료 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관(이하 '특약'이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 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 갯안굿어린아이보험(HI 1501) 보통약관(이하 '보통약관'이라 합니다)의 제21조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

### 제2조 (보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

### 제3조 (계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

### 제4조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

**7-8. 만기고객보험료할인 제도특별약관**

**제1조 (적용범위)**

이 특별약관은 우리회사에 다음 각 호를 모두 만족하는 장기손해보험 계약의 계약자가 새로운 장기손해보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.(이하 특별약관은 ‘특약’, 우리회사는 ‘회사’라 합니다.)

1. 보험기간 종료일이 6개월 이내인 유효한 계약 또는 보험기간이 종료된 이후 3개월이 지나지 않은 계약
2. 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 이상인 계약  
단, 이미 납입한 보험료 총액은 보험증권에 기재된 영업보험료(약관에서 정한 방법에 따라 계약자가 임의 또는 수시로 납입하는 보험료는 제외)를 대상으로 하며, 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 미만인 계약에 대해서는 회사에 가입한지 1년 이상 경과한 유효한 다른 장기손해보험 계약이 있을 경우 그 계약의 이미 납입한 보험료 총액과 합산하여 계산함

**제2조 (보험요율의 적용)**

이 특약을 부가하는 장기손해보험 계약에 대하여 회사가 정한 기준에 따라 할인한 보험요율을 적용합니다.

**제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))**

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관(이하 ‘보통약관’이라 합니다) 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

**제4조 (준용규정)**

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

**7-9. 표준화 실손의료비보장 안정화 할인 제도특별약관**

**제1조 (특별약관의 적용범위 및 효력)**

- ① 이 특별약관의 적용 대상은 아래와 같습니다.(이하 특별약관은 ‘특약’이라 합니다)
  1. 2015년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지 판매하는 실손의료비 보장이 부가된

보험계약

(보험업감독업무시행세칙 제5-13조(표준사업방법서 및 표준약관) 별표14 및 별표15에서 정한 실손의료비 보장을 말합니다. 이하 ‘실손의료 보험계약’이라 합니다.)

단, 보험업감독규정 제7-49조(사업방법서 관련 신고기준)에서 정한 노후실손의료 보험은 제외합니다.

2. 2015년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지 갱신이 도래하는 갱신형 ‘실손의료 보험계약’을 말하며 대상상품은 사업방법서 별지에 따릅니다.
- ② 이 특약의 적용기간은 아래와 같습니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약체결일로부터 1년
  2. 제1항 제2호의 경우에는 해당 갱신 보험기간으로 하며, 차회 이후 갱신시에는 이 특약을 적용하지 아니합니다.

**제2조 (보험료 할인대상 및 보험료 할인)**

- ① 회사는 이 특별약관의 적용기간 동안 매회 납입되는 실손의료보험 계약의 보장보험료에 한하여 적용되며, 할인율은 사업방법서 별지에 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 표준화 실손의료비보장 안정화 할인(이하, 「안정화 할인」이라고 합니다.) 외에 추가로 적용되고 있는 할인금액과 안정화 할인금액의 합계액이 대상 상품의 실손의료 보험계약의 예정사업비 합계액을 초과하는 경우 그 예정사업비를 한도로 보험료를 할인하여 드립니다.

**제3조 (준용규정)**

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 굿앤굿어린이씨보험(Hi1501) 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

**7-10. 전자서명 제도특별약관**

**제1조 (적용범위)**

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 계약에 적용됩니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’이라 합니다.)

**제2조 (특약의 체결 및 효력)**

- ① 이 특약은 계약(보통약관을 말하며, 다른 특약이 부가된 경우에는 그 특약도 포함합니다. 이하 ‘보통약관’이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

- ② 이 특약을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명(이하 '전자서명' 이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

**제3조 (약관교부의 특례)**

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 '보험계약 안내자료' 라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수신을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

**제4조 (계약자의 알릴 의무)**

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수신하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수신할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 송부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

**제5조 (준용규칙)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.



---

무배당 굿앤굿어린이디보험(Hi1501)  
별표

---



[별표1]

에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

**장애분류표**

**제2장 장애분류별 판정기준**

**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 치유하는 때 장애 회복할 기망이 없는 상태에서 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 해당 장애지급률의 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 신체부위로 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

**3. 기타**

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 두 가지 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) 장애인단체에서는 ① 장애인단체명 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 간병(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁

**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( '광각 무' ) 겨우 가릴 수 있는 경우( '광각' )를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) '안구의 뚜렷한 운동장애'라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 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 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 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 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이

가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.

- 11) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 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 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

- 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, 귀에다 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, 이음향방사검사’ 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) ‘귓바퀴의 대부분이 결손된 때’라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

- 1) ‘코의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 양쪽 코의 호흡근관 또는 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감되는 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장애와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 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. 장해의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐 운동, 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 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
  - ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
  - ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
  - ④ 후두음/목구멍소리(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 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) '치아의 결손' 이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상치의 또는 가교치의 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 새로운 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 붙었다 떼었다 할 수 있는 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 지름 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 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
  - ③ 지름 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 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 통상 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 20cm<sup>2</sup>), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 12cm<sup>2</sup>), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm<sup>2</sup>, 1/4 크기는 6cm<sup>2</sup>)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 동일한 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애  
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애  
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태  
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애  
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 6) 심한 기형  
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형  
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형  
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 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 보조검사에서도 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 않는다.

**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 동일한 부위로 한다.
- 2) ‘골반뼈의 뚜렷한 기형’ 이라 함은 아래와 같다.  
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태  
② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) ‘빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남을 때’ 라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 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 이상이 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상이 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 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 때에

- 는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보상을 하지 않는다.
  - 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 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
  - 6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) ‘영구적 신체장해 평가지침’의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
    - 가) ‘기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은
      - ① 완전 강직(관절균음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 ‘0등급(Zero)’ 인 경우
    - 나) ‘심한 장해’ 라 함은
      - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
      - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 ‘1등급(Trace)’ 인 경우
    - 다) ‘뚜렷한 장해’ 라 함은
      - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
    - 라) ‘약간의 장해’ 라 함은
      - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
  - 7) ‘가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
  - 8) ‘가관절이 남아 약간의 장해를 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 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

**9. 다리의 장해**

**가. 장해의 분류**

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 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. 장해판정기준**

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 않는다.
- 3) ‘다리’ 라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) ‘다리의 3대 관절’ 이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) ‘한 다리의 발목 이상을 잃었을 때’ 라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) ‘영구적 신체장해 평가지침’의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
  - 가) ‘기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은
    - ① 완전 강직(관절균음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
    - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 ‘0등급(Zero)’ 인 경우
  - 나) ‘심한 장해’ 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 근력검사서서 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 있는 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 부정 유효각 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.  
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 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 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 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(손가락 하나마다)	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(손가락 하나마다)	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 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) '손가락뼈 일부를 잃었을 때' 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뺏조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 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(발가락 하나마다)	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(발가락 하나마다)	3

**나. 장애판정기준**

- 1) '발가락을 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 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 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 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 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 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 평생도록 받아야 할 때
  - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은
  - ① 위, 대장 또는 체장의 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 신장이나 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 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 '[불임] 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 가해의 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 말초신경계 손상으로 '[불임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표' 의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
  - ② 위 ①의 경우 '[불임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표' 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
  - ③ 신경계의 장애로 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 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
  - ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
- 2) 정신행동
  - ① 위의 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애는 '[불임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표' 에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
  - ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단,

- 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월 이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 좋게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과나 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 추정이나 인정
    - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
    - 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 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 간병인(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 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) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증(간질)
- ① '간질' 이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② '심한 간질 발작' 이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 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 경

중발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ④ '약간의 간질 발작' 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경중 발작이 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 '경중발작' 이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

[붙임]

**일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표**

유형	제한정도	지급률
이동동작	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태	40%
	휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태	30%
	목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	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%
배변배뇨	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%

유형	제한정도	지급률
목욕	다른 사람의 지속적인 도움 없이는 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	다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태	10%
	다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태	5%
	착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태	3%

[별표2]

골절 분류표

약관에서 규정하는 ‘골절’로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척추의 출산 손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
20. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 상병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표3]

5대골절 분류표

약관에서 규정하는 ‘5대골절’로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 ~ S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 상병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표4]

화상 분류표

약관에서 규정하는 ‘화상’으로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체 부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체 부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장애	L59

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 상병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표5]

의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 별표4에 따르며, 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

1. 입원실
  - 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조 제1항 제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
  - 나. 입원실의 면적은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 6.3㎡ 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 4.3㎡ 이상으로 하여야 한다.
  - 다. 소아만을 수용하는 입원실의 면적은 위 ‘나’의 입원실 면적의 3분의 2 이상으로 할 수 있다. 다만, 입원실 한 개의 면적은 6.3㎡ 이상이어야 한다.
  - 라. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
  - 마. 전염성 질환자의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 전염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.
2. 중환자실
  - 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
  - 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
  - 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
  - 라. 병상 1개당 면적은 10㎡ 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 ‘신생아중환자실’이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5㎡ 이상으로 한다. 이 경우 ‘병상 1개당 면적’은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
  - 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

[별표6]

**심한상해 분류표**

약관에서 규정하는 ‘심한상해’ 로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 뇌신경의 손상	S04
2. 두개내 손상	S06
3. 목 부위의 신경 및 척수의 손상	S14
4. 흉곽 부위의 신경 및 척수의 손상	S24
5. 심장의 손상	S26
6. 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
7. 흉곽의 으깬손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단	S28
8. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
9. 복부내 기관의 손상	S36
10. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
11. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
12. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
13. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
14. 둔부 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
15. 아래다리 부분의 신경손상	S84
16. 발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
17. 기타 여러 신체부위의 신경 및 척수의 손상	T06.1
18. 여러 신체부위의 신경의 손상	T06.2
19. 복부내 및 골반기관을 포함한 흉곽내 기관의 손상	T06.5
20. 상세불명의 척수 부위의 손상	T09.3
21. 몸통의 상세불명의 신경, 척추신경뿌리 및 척추 신경총의 손상	T09.4
22. 상세불명의 팔 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
23. 상세불명의 하지 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
24. 상세불명의 신체부위의 신경손상	T14.4
25. 절단 잘린끝의 신경중	T87.3
26. 척수손상의 후유증	T91.3

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 상병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표7]

중대한 특정상해 분류표

약관에서 규정하는 ‘중대한 특정상해’ 로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 상병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표8]

뇌·내장손상 분류표

약관에서 규정하는 ‘뇌·내장손상’ 으로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	[두개골 및 안면골의 골절]	
	1. 두개골원개의 골절	S02.0
	2. 두개골저의 골절	S02.1
	3. 안와 바닥의 골절	S02.3
	4. 두개골 및 안면골을 침범하는 다발 골절	S02.7
	5. 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6. 상세불명의 두개골 및 안면골 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	
	1. 미만성 뇌 손상	S06.2
	2. 경막상 출혈	S06.4
	3. 외상성 경막하 출혈	S06.5
	4. 외상성 지주막하 출혈	S06.6
	5. 지속적 혼수를 동반한 두개내 손상	S06.7
	6. 기타 두개내 손상	S06.8
	7. 상세불명의 두개내 손상	S06.9
	[머리의 으깬손상]	
	1. 두개골의 으깬손상	S07.1
	2. 기타 머리부분의 으깬손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1. 기타 머리부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
1. 달리 분류되지 않은 머리의 혈관 손상	S09.0	
2. 머리의 다발손상	S09.7	
내장손상	[심장의 손상]	
	1. 혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	2. 기타 심장의 손상	S26.8
	3. 상세불명의 심장의 손상	S26.9

구분	대상이 되는 상병	분류번호
내장손상	[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]	
	1. 폐의 기타 손상	S27.3
	2. 기관지의 손상	S27.4
	3. 흉부기관의 손상	S27.5
	4. 흉막의 손상	S27.6
	5. 흉곽내 기관의 다발손상	S27.7
	6. 기타 명시된 흉곽내 기관의 손상	S27.8
	7. 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27.9
	[흉곽의 으깬손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단]	S28
	[흉곽의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35
	[복강내 기관의 손상]	
	1. 비장의 손상	S36.0
	2. 간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3. 췌장의 손상	S36.2
	4. 위의 손상	S36.3
	5. 소장외의 손상	S36.4
	6. 결장의 손상	S36.5
	7. 직장의 손상	S36.6
	8. 다발성 복강내 기관의 손상	S36.7
	9. 기타 복강내 기관의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반기관의 손상]	
	1. 신장의 손상	S37.0
	2. 요관의 손상	S37.1
	3. 방광의 손상	S37.2
	4. 요도의 손상	S37.3
	5. 난소의 손상	S37.4
	6. 난관의 손상	S37.5
	7. 자궁의 손상	S37.6
	8. 다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9. 기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반 부분의 으깬손상 및 외상성 절단]	S38
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
1. 골반기관을 동반한 복강내 기관의 손상	S39.6	

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 상병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표9]

여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표

약관에서 규정하는 '여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병' 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
<b>I. 유산된 임신</b>	
자궁외 임신	000
포상기태	001
기타 비정상적 수태부산물	002
자연유산	003
의학적 유산	004
기타 유산	005
상세불명의 유산	006
시도된 유산의 실패	007
유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증	008
<b>II. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애</b>	
임신, 출산 및 산후에 합병된 전에 있던 고혈압	010
동반된 단백뇨를 동반한 전에 있던 고혈압성 장애	011
고혈압을 동반하지 않은 임신성(임신-유발성)부종 및 단백뇨	012
유의한 단백뇨를 동반하지 않은 임신성(임신-유발성)고혈압	013
유의한 단백뇨를 동반한 임신성(임신-유발성)고혈압	014
자간	015
상세불명의 모성 고혈압	016
<b>III. 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애</b>	
초기 임신중 출혈	020
임신중 과다 구토	021
임신중 정맥 합병증	022
임신중 비요생식로의 감염	023
임신중 당뇨병	024
임신중 영양실조	025
주로 임신과 관련된 기타 병태의 산모관리	026
산모의 산전 선별검사의 이상 소견	028
임신중 마취의 합병증	029



대상이 되는 질병	분류번호
<b>IV. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리</b>	
다태임신	030
다태임신에 특이한 합병증	031
태아의 알려진 또는 의심되는 태위장애의 산모관리	032
알려진 또는 의심되는 부조화의 산모관리	033
골반 기관의 알려진 또는 의심되는 이상의 산모관리	034
알려진 또는 의심되는 태아이상 및 손상의 산모관리	035
기타 알려진 또는 의심되는 태아문제의 산모관리	036
양수과다증	040
양수 및 양막의 기타장애	041
양막의 조기파열	042
태반장애	043
전치 태반	044
태반의 조기분리 (태반조기박리)	045
달리 분류되지 않은 분만전 출혈	046
가진통	047
지연임신	048
<b>V. 진통 및 분만의 합병증</b>	
조기 진통 및 분만	060
유도분만의 실패	061
분만힘의 이상	062
지연 진통	063
태아의 위치이상으로 인한 난산	064
모성 골반이상으로 인한 난산	065
기타 난산	066
달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만	067
태아 스트레스(절박)가 합병된 진통 및 분만	068
땃줄 합병증이 합병된 진통 및 분만	069
분만중 회음열상	070
기타 산과적 외상	071
분만 후 출혈	072
출혈이 없는 잔류 태반 및 양막	073
진통 및 분만중 마취의 합병증	074
달리 분류되지 않은 진통 및 분만의 기타 합병증	075

대상이 되는 질병	분류번호
<b>VI. 분만</b>	
단일 자연분만	080
집게(경자) 및 진공 흡착기에 의한 단일 분만	081
제왕절개에 의한 단일분만	082
기타 보조 단일 분만	083
다태 분만	084
<b>VII. 주로 산후기에 관련된 합병증</b>	
산후기 패혈증	085
기타 산후기 감염	086
산후기중 정맥성 합병증	087
산과적 색전증	088
산후기중 마취의 합병증	089
달리 분류되지 않은 산후기의 합병증	090
출산과 관련된 유방의 감염	091
출산과 관련된 유방 및 수유의 기타장애	092

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10]

**악성신생물(암) 분류표**

약관에서 규정하는 ‘악성신생물(암)’로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 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 흉곽내 기관의 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 기타부분의 악성신생물	C69 ~ C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73 ~ C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 3) ‘대장점막내암’이라 함은 ‘소화기관의 악성신생물(C15-C26)’ 중 이 계약의 암관련 보장 특별약관 제2조(암등의 질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’을 말합니다.
- 4) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표11]

**제자리신생물 분류표**

약관에서 규정하는 ‘제자리신생물’로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표12]

**행동양식 불명 또는 이상의 신생물 분류표**

약관에서 규정하는 ‘경계성종양’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 이상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마병증	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 또는 이상의 신생물	D48

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표13]

**특정암 분류표**

약관에서 규정하는 ‘특정암’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
3. 담양의 악성신생물	C23
4. 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성신생물	C24
5. 췌장이지의 악성신생물	C25
6. 기관의 악성신생물	C33
7. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
8. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
9. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70 ~ C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 기타 B-세포림프종[악성 면역증식질환]	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
11. 만성 골수증식질환, 만성 호산구성 백혈병	D47.1, D47.5

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표14]

**다발성 소아암 분류표**

약관에서 규정하는 ‘다발성 소아암’ 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 악성신생물	C70
2. 뇌의 악성신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
4. 호지킨림프종	C81
5. 소포성 림프종	C82
6. 비소포성 림프종	C83
7. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
8. 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
9. 림프성 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
15. 만성 골수증식질환	D47.1
16. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표15]

소아백혈병 분류표

약관에서 규정하는 ‘소아백혈병’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 림프성 백혈병	C91
2. 골수성 백혈병	C92
3. 단핵구성 백혈병	C93
4. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
5. 상세불명 세포형의 백혈병	C95

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표16]

뇌졸중 분류표

약관에서 규정하는 ‘뇌졸중’ 및 ‘신생아뇌출혈’로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌졸중	1. 지주막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
신생아 뇌출혈	1. 출산 손상으로 인한 두개강내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개강내 비외상성 출혈	P52

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표17]

**뇌혈관질환 분류표**

약관에서 규정하는 ‘뇌혈관’ 및 ‘신생아뇌출혈’로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌혈관 질환	1. 지주막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	8. 기타 뇌혈관 질환	I67
	9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69
신생아 뇌출혈	1. 출산 손상으로 인한 두개강내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개강내 비외상성 출혈	P52

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표18]

**급성심근경색증 분류표**

약관에서 규정하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표19]

허혈성심장질환 분류표

약관에서 규정하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 이차성 심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23
5. 기타급성허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표20]

질병특정고도장해 판정기준

질병특정고도장해는 다음에 적은 장애상태를 말합니다. 각 장애상태의 세부 판정기준, 판정시기, 장애인전문 및 장애인단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔·다리의 절단장해
  - (1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
  - (2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우
  - (3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우
2. 팔·다리의 기능장해
  - (1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
  - (2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
  - (3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
  - (4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
  - (5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
  - (6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
  - (7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50% 이상 감소된 경우
  - (8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
  - (9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
  - (10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50% 이상 감소된 경우
  - ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
  - ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
  - ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
  - ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.
3. 척추의 기능장해
  - (1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 유지하기 어려운 경우
  - ※ 척추의 기능장해는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장애

- (1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 50m 이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우
- (2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 옮기는 일 등은 거의 할 수 없는 경우
- (3) 아래 7.의 (3)뇌병변장애의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장애

- (1) 좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 경우
  - ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
  - ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장애

- (1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우
  - ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 아래의 장애 중 두 가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장애가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우에는 하나의 장애로 봅니다)

(1) 팔·다리의 절단장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장애

- ① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
- ② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- ④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우

- ⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
- ⑥ 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우
- ⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
- ⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우
- ⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 경우
- ⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
  - ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
  - ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
  - ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
  - ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 100m 이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기가 매우 어려운 경우
- ② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 옮기는 일 등이 매우 어려운 경우
- ③ 아래 8.의 (3)뇌병변장애의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장애

- ① 좋은 눈의 시력이 0.08 이하인 경우
- ② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우
  - ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
  - ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장애

- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우
- ② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우
  - ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.



(6) 언어장애

- ① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애
  - ② 말의 흐름이 97% 이상 장애를 받는 말더듬
  - ③ 자음정확도가 30% 미만인 조음장애
  - ④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25 미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
  - ⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25 미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
- ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 위 7.의 장애 중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장애 중 1가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장애가 팔·다리의 절단장애 또는 팔·다리의 기능장애와 동반된 경우에는 하나의 장애로 봅니다)

(1) 팔·다리의 절단장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장애

- ① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
- ② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
- ④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
- ⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
- ⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우

- ⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75% 이상 감소한 경우
  - ⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
  - ⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
  - ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우
  - ⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 경우
- ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장애는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
- ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
- ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
- ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장애

- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어 지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우
- ② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
- ③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ㉔와 ㉕에 동시에 해당되는 경우
- ④ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우
- ⑤ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장애

- ① 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 경우
  - ② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우
- ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
- ※ 시력은 만공식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장애

- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우
  - ② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 경우
  - ③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우
- ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장애

- ① 발생(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
  - ② 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
  - ③ 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
  - ④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
  - ⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
- ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

[별표21]

말기신부전증(End Stage Renal Failure) 분류표

말기 신부전증이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제6차 개정 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

[별표22]

양성뇌종양 분류표

- 가. 양성뇌종양이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- 나. 위 가.의 양성뇌종양은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말합니다.
- 다. 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.
- 라. 양성뇌종양의 진단확정은 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

[별표23]

특정전염병 분류표

약관에서 규정하는 ‘특정전염병’ 으로 분류되는 전염병은 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조에서 규정하고 있는 전염병 중 다음에 해당하는 전염병을 말합니다.

대상전염병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1 ~ A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장 출혈성 대장균 감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33 ~ A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진(독일홍역)	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렙토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막구균 수막염	A39.0
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재향군인병	A48.1 ~ A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50 ~ B54

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표24]

**인슐린의존 당뇨병 대상 분류표**

약관에서 규정하는 ‘인슐린의존 당뇨병’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
인슐린 의존 당뇨병	E10

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표25]

**성조숙증 분류표**

약관에서 규정하는 ‘성조숙증’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
조발 사춘기	E30.1

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표26]

**장애의 대상 분류표**

대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보장하지 아니합니다.

1. 순환기계 기형

(1) 심실중격결손증

좌우 심실의 사이에 작은 구멍이 있어 심장이 수축할 때 압력이 높은 좌심실로부터 압력이 낮은 우심실로 혈액이 역류하는 것. 따라서 우심실에 부담이 생겨 나중에 심부전을 일으킨다.

(2) 심방중격결손증

좌우의 심방사이에 구멍이 있는 경우

2. 근골격계 기형

(1) 다지증 : 지(指, 趾)가 6개 이상 있는 경우

(2) 합지증 : 지(指, 趾)가 붙어 있는 경우

(3) 결지증 : 지(指, 趾)가 부족한 경우

(4) 열수(족) : 합지(趾)증이 심화되어 지(趾)가 붙어 있어야 할 곳보다 안쪽까지 찢어져 있는 경우

(5) 내반수(족) : 手(足)가 전체로써 안쪽으로 휘어져 手(足)의 뒤쪽이 안쪽의 방향으로 향하여 있는 경우

(6) 사경 : 목 한쪽이 휘어져 턱이 반대쪽에 올라간 상태의 경우

3. 소화기계 기형

(1) 토순 : 윗입술이 찢어진 경우(중양이 찢겨있는 경우, 혹은 우 또는 좌로 치우쳐진 곳에 찢겨져 있는 경우)

(2) 구개열 : 토순보다 더욱 심한 것으로 입은 구개골에 파열이 생기는 경우

(3) 선천성식도폐색증 : 식도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우

(4) 선천성장폐색증 : 장이 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우

(5) 선천성담도폐색증 : 담도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우(본 증상을 가지고 있는 경우에는 십이지장에 담즙이 되지 않음)

(6) 선천성항문폐색증 : 항문이 폐쇄되어 있는 경우

4. 뇌신경계 기형

(1) 수두증 : 뇌척수액의 증가로 뇌실비대에 의해 머리가 커진 경우

(2) 척추파열 : 척추중앙에 깨진 선이 있어 그곳으로부터 척수나 척수막 등이 바깥으로 부풀어져 나온 경우

5. 비뇨생식기계 기형

(1) 요도상열 : 단순히 귀두 뒷면에 찢어진 선이 있는 경우나 때로는 음순하면 전장에 열구가 있는 경우

(2) 요도하열 : 요도가 음 선단에 미치지 못하고 음 하면에 개구가 있는 경우, 개구가 열상을 가지고 있는 경우

(3) 선천성요도폐색증 : 요도가 폐쇄되어 있거나 협착상태에 있는 경우

(4) 반응양 : 남성이면서 외음부가 여성처럼 보이는 경우, 여성이면서 남성처럼 보이는 경우를 말한다. 전자의 경우가 많고 이것을 남성가성반응양이라 한다.

6. 감각기계 기형

외이도폐쇄 : 외이도가 태어나면서 폐쇄한 상태에 있는 경우

7. 웨일케톤뇨증 : 선천성대사이상의 일종으로 방치해두면 정신박약으로 된다. 치료는 페니르알린을 제거한 특수우유와 특수한 식사를 계속적으로 제공하는 방법에 의하지만 치료는 생후 2~3개월 이내에 치료하지 않으면 지능저하를 피할 수 없다. 그러므로 생후 1개월에 집단선별검사(신생아 선천성 대사이상 스크리닝 검사)를 행할 필요가 있다.

[별표27]

심한장애의 대상 분류표

대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보장하지 아니합니다.

1. 중증 기형

(1) 심한 포코멜리아(단지증, Phocomelia) : 사지의 장골에 결손 또는 단축이 있어 수족이 직접 또는 단축한 장골을 가지고 체구에 부착하고 있는 상태의 경우. 사지의 이상은 상지에서 잘 보이며 하지의 이상은 드문 경우이며, 이 기형은 탈리도마이드(Thalidomide)계통제제를 사용하는 경우에 발생할 수 있다.

(2) 무지증 : 사지가 완전하게 결손한 경우로서 상당히 심한 기형인 것

(3) 절단증 : 태아일 때 사지가 양막에 말려있는 상태로 있어서 사지가 절단된 경우

2. 뇌성마비

뇌성마비란 (ㄱ)임신중의 장애, (ㄴ)출생시의 장애, (ㄷ)출생후 영아기의 장애 등에 의해 뇌조직에 이상을 초래해 수족이나 발성이 자유롭게 되는 병이다. 뇌성마비의 원인으로 (ㄱ)임신중의 장애, (ㄴ)출생시의 장애에 의한 것 이외에 교통사고에 의한 외상성 장애 등이 있으나 이 보험에서 담보하는 것은 임신중 또는 출산시의 장애에 인한 뇌성마비에 한한다.

3. 다운증후군의 염색체이상의 기형

21번째 염색체에 이상이 있는 경우에 있어 얼굴이 넓적하고 코가 작고 안열이 위로 뺨돌어져 사행하는 등 다운증후군의 특징적 얼굴형태를 가지는 경우로 근육긴장감퇴, 지능저하(장애) 등의 주요증상이 보인다.

[별표28]

유산 분류표

약관에서 규정하는 '유산'으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	000
2. 포상기태	001
3. 기타 비정상적 수태부산물	002
4. 자연유산	003
5. 의학적 유산	004
6. 기타유산	005
7. 상세불명의 유산	006
8. 시도된 유산의 실패	007
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증	008

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표29]

**피부질환 분류표**

약관에서 규정하는 ‘피부질환’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 피부 및 피하조직의 감염	L00 ~ L08
2. 수포성 장애	L10 ~ L14
3. 피부염 및 습진	L20 ~ L30
4. 구진비늘 장애	L40 ~ L45
5. 두드러기 및 홍반	L50 ~ L54
6. 피부 및 피하조직의 방사선 관련성 장애	L55 ~ L59
7. 피부 부속물의 장애	L60 ~ L75
8. 피부 및 피하조직의 기타장애	L80 ~ L99

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표30]

**식중독 분류표**

약관에서 규정하는 ‘식중독’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표31]

**어린이12대다발성질병 분류표**

약관에서 규정하는 ‘어린이12대다발성질병’ 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
결핵	결핵	A15 ~ A19
바이러스 감염	바이러스 감염	B15 ~ B19
당뇨병	인슐린-의존 당뇨병	E10
	인슐린-비의존 당뇨병	E11
	영양실조관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
수막염	중추신경계통의 염증성 질환	G00 ~ G09
중이염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
급성 상기도감염	급성 상기도감염	J00 ~ J06
폐렴 및 급성기관지염	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	급성 세기관지염	J21
	상세불명의 급성 하기도감염	J22
	천식	천식
천식 지속상태		J46
만성 부비동염	만성 부비동염	J32

구분	대상이 되는 질병	분류번호
총수염	총수의 질환	K35 ~ K38
탈장 및 장폐색	사타구니탈장	K40
	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	황경막탈장	K44
	기타 복부탈장	K45
	상세불명의 복부탈장 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K46 K56
VDT증후군 관련	손목터널증후군	G56.0
	기타 관절연골 장애	M24.1
	인대 장애	M24.2
	관절통	M25.5
	달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
	건조증후군[셰그렌]	M35.0
	경추상완증후군	M53.1
	근육 장애	M60 ~ M63
	윤활막 및 힘줄 장애	M65 ~ M68
	기타 연조직 장애	M70 ~ M79

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.



[별표32]

**자녀 10대질병 분류표**

약관에서 규정하는 ‘자녀10대질병’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
장 감염	콜레라	A00
	장티푸스 및 파라티푸스	A01
	기타 살모넬라 감염	A02
	시겔라증	A03
	기타 세균성 장 감염	A04
	달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
	아메바증	A06
	기타 원충성 장 질환	A07
	바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09	
결핵 및 결핵의 후유증	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 기관의 결핵	A18
	종살 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
수막염	바이러스 수막염	A87
	달리 분류되지 않은 세균수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03	
간질	간질	G40
	간질 지속 상태	G41
중이염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67

구분	대상이 되는 질병	분류번호
급성 상기도염 및 급성 하기도염	급성 비인두염[감기]	J00
	급성 부비동염	J01
	급성 인두염	J02
	급성 편도염	J03
	급성 후두염 및 기관염	J04
	급성 폐색성 후두염[크루프] 및 후두개염	J05
	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
	급성 기관지염	J20
	급성 세기관지염	J21
	상세불명의 급성 하기도 감염	J22
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
상세불명 병원체의 폐렴	J18	
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
위, 십이지장 궤양 및 염증	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
	위궤양궤양	K28
	위염 및 십이지장염	K29
탈장 및 장폐색	사타구니탈장	K40
	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡경막탈장	K44
	기타 복부탈장	K45
	상세불명의 복부탈장	K46
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56

1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표33]

**환경성질환 분류표**

약관에서 규정하는 ‘환경성질환’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
아토피	아토피 피부염	L20
알레르기성 비염	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
천식	천식 천식 지속상태	J45 J46
급성 기관지염	급성 기관지염 급성 세기관지염	J20 J21
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18
외부요인에 의한 폐질환	탄광부 진폐증 석면 및 기타 광성유에 의한 진폐증 규소를 함유한 먼지에 의한 진폐증 기타 무기물 먼지에 의한 진폐증 상세불명의 진폐증 결핵과 연관된 진폐증 특수 유기물 먼지에 의한 기도질환 유기물 먼지에 의한 과민성 폐렴 화학물질, 가스, 훈증기 및 물감의 흡입에 의한 호흡기 병태 고체 및 액체에 의한 폐렴 기타 외부요인에 의한 호흡기 병태	J60 J61 J62 J63 J64 J65 J66 J67 J68 J69 J70

[별표34]

구분	대상이 되는 질병	분류번호
중금속에 의한 질환	약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질성 및 세뇨관 병태 정상적으로는 혈액내에 없는 약물 및 기타물질의 존재 금속의 독작용	N14 R78 T56

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

**생활질환 분류표**

약관에서 규정하는 '생활질환' 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 아토피 피부염	L20
2. 비화농성 중이(가운데귀)염	H65
3. 화농성 및 상세불명의 중이(가운데귀)염	H66
4. 달리 분류된 질환에서의 중이(가운데귀)염	H67
5. 급성 부비동염	J01
6. 만성 부비동염	J32

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표35]

VDT증후군 분류표

약관에서 규정하는 ‘VDT증후군’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 근육장애	M60 ~ M63
2. 윤활막 및 힘줄 장애	M65 ~ M68
3. 결합조직의 기타 전신 침범	M35
4. 기타 연조직 장애	M70 ~ M79
5. 기타 관절연골 장애, 인대장애	M24.1, M24.2
6. 관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
7. 경추상완증후군	M53.1
8. 팔의 단일신경병증	G56

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표36]

희귀난치성질환 분류표

약관에서 규정하는 ‘희귀난치성질환’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
결핵	A15-A19
중추 신경계통의 비정형 바이러스감염	A81
인체면역결핍바이러스병	B20-B24
거대세포바이러스병	B25
크립토크쿠스증	B45
뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
포도당6인 산탈수효소(G6PD)결핍증에 의한 빈혈	D55.0
해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독 증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨증	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성(적모구감소증)	D60
기타 무형성 빈혈	D61
선천성 적혈구생성이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레프란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
정상적 혈소판결함	D69.1
에반스 증후군	D69.30
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86

대상이 되는 질병	분류번호
말단거대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
일차성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향아미노산대사장애	E70
측쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타 장애	E72
젓당 불내성	E73
탄수화물대사의 기타 장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글라이코아미노글라이칸 대사장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
인 대사장애	E83.3
남성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근육위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계에 영향을 주는 계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-울스제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발성 경화증	G35
기타 전신간질 및 간질증후군	G40.4
간질지속상태	G41
발작수면 및 허탈발작	G47.4
멜커슨 증후군	G51.2
복합부위통증 증후군 2형	G56.4
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0

대상이 되는 질병	분류번호
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 일차성 장애	G71
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범하는 기타 디스트로피	H35.58
일차성 폐동맥 고혈압	I27.0
확장성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
심내막섬유탄력증	I42.4
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색성 혈전혈관염[버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.18
크론병[국한성 장염]	K50
궤양성 결장염	K51
일차성 담즙성 간경화증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
보통 천포창	L10.0
낙엽상 천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
반흔성 유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피분리증	L12.3
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
단절성 관절염(L40.5+)	M07.1
건선 척추염(L40.5+)	M07.2
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성 다발관절염	M08.3

대상이 되는 질병	분류번호
결절성 다발동맥염	M30.0
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
치사성 중앙선육아종	M31.2
베게너육아종증	M31.3
대동맥궁 증후군[다카아수]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신성 홍반루프스	M32
피부다발근육염	M33
전신경화증	M34
건조 증후군[쇼그렌]	M35.0
기타 중복 증후군	M35.1
베제트병	M35.2
류마티스성 다발근통	M35.3
미안성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직성 척추염	M45
진행성 골화근육염	M61.1
뼈의 파렛병[변형성 골염]	M88
복합부위 통증 증후군 1형	M89.0
재발성 다발연골염	M94.1
만성 신장질환	N18
신장성 요붕증	N25.1
신생아의 호흡 곤란	P22

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표37]

**선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표**

약관에서 규정하는 '선천성 기형, 변형 및 염색체 이상' 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00 ~ Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10 ~ Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20 ~ Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30 ~ Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35 ~ Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38 ~ Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50 ~ Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60 ~ Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65 ~ Q79
10. 기타 선천기형	Q80 ~ Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90 ~ Q99

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표38]

**출생전후기에 발생한 주요병태 분류표**

약관에서 규정하는 ‘출생전후기에 발생한 주요병태’ 로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 ~ P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05 ~ P08
3. 출산외상	P10 ~ P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 ~ P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35 ~ P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 ~ P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70 ~ P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75 ~ P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80 ~ P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90 ~ P96

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표39]

**임신·출산 관련 질환 분류표**

약관에서 규정하는 ‘임신·출산 관련 질환’ 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	020 ~ 029
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	030 ~ 048
4. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표40]

**비급여대상**

다음의 비급여대상은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상) 제1항에서 정하는 별표2에 따릅니다.

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)·땀기코(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. 경열반 등 안과질환
  - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
  - 나. 사시교정, 안외각리증의 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 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 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. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전악(全顎) 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
  - 라. 불소코소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하의 치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
  - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
  - 바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
  - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
  - 아. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 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 제21조제2항 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 다음의 구분에 따른 비율 이상 확보하여 운영하는 경우. 다만, 규칙 제21조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.
      - (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관과 같은 항 제3호에 따른 병원급 의료기관(종합병원 및 상급종합병원은 제외한다): 50퍼센트
      - (나) 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원(상급종합병원을 포함한다): 70퍼센트
    - (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. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.
  - 라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용
  - 마. 친자확인을 위한 진단
  - 바. 75세 이상의 틀니(보건복지부장관이 정하여 고시하는 완전 및 부분틀니만 해당한다)를 제외한 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등 포함)



- 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24.>  
 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 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 비급여 대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등. 다만, 제11조제8항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 의하여 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 신의료기술 등을 제외한다.  
 거. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29>
6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 아목, 제4호 거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.  
 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료  
 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우  
 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법  
 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[별표41]

16대질병 분류표

약관에서 규정하는 ‘16대질병’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
당 뇨 병	당뇨병	E10 ~ E14
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장질환 허혈성 심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병	100 ~ 102 105 ~ 109 120 ~ 125 126 ~ 128 130 ~ 152
고 혈 압	고혈압 질환	I10 ~ I15
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60 ~ I69
간 질 환	바이러스 간염 간의 질환	B15 ~ B19 K70 ~ K77
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
갑상선질환	갑상선의 장애 처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E00 ~ E07, E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46

구분	대상이 되는 질병	분류번호
폐 령	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 흉역	B05.2
	관 절 염	감염성 관절병증
염증성 다발관절병증		M05 ~ M14
관절증		M15 ~ M19
기타 관절 장애		M20 ~ M25
백 내 장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타장애	H27
녹 내 장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결 핵	결핵	A15 ~ A19
	결핵의 후유증	B90
신 부 전	신부전	N17 ~ N19
생식기질환	남성생식기의 질환 (남성불임 제외)	N40 ~ N45, N47 ~ N51
	여성골반내 기관의 염증성 질환 여성생식기관의 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N70 ~ N77 N80 ~ N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표42]

**4대질병 분류표**

약관에서 규정하는 '4대질병' 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
담석증	K80
사타구니 탈장	K40
편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
만성 부비동염	J32

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표43]

**치핵 분류표**

약관에서 규정하는 ‘치핵’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
포함 - 치질, 항문 및 직장의 정맥류	184
제외 - 출산 및 산후기 합병(087.2), 임신 합병(022.4)	

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표44]

**총수염(맹장염) 분류표**

약관에서 규정하는 ‘총수염(맹장염)’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
총수(맹장)의 질환	K35 ~ K38

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표45]

시정각질환 분류표

약관에서 규정하는 '시정각질환'으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 장애	H00 ~ H06
2. 결막의 장애	H10 ~ H13
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15 ~ H22
4. 수정체의 장애	H25 ~ H28
5. 맥락막 및 망막의 장애	H30 ~ H36
6. 녹내장	H40 ~ H42
7. 유리체 및 안구의 장애	H43 ~ H45
8. 시신경 및 시각로의 장애	H46 ~ H48
9. 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49 ~ H52
10. 시각 장애 및 실명	H53 ~ H54
11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55 ~ H59
12. 외이의 질환	H60 ~ H62
13. 중이 및 유도의 질환	H65 ~ H75
14. 내이의 질환	H80 ~ H83
15. 귀의 기타 장애	H90 ~ H95

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표46]

호흡기관련질병 분류표

약관에서 규정하는 '호흡기관련질병'으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00 ~ J06
2. 상세불명의 상기도질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴	J12 ~ J18
8. 재향군인병	A48.1
9. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표47]

탈장 분류표

약관에서 규정하는 ‘탈장’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 사타구니 탈장	K40
2. 대퇴 탈장	K41
3. 배꼽 탈장	K42
4. 복벽 탈장	K43
5. 기타 복부 탈장	K45
6. 상세불명의 복부 탈장	K46

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표48]

추간판장애 분류표

약관에서 규정하는 ‘추간판장애’로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표49]

모야모야병 분류표

약관에서 규정하는 ‘모야모야병’으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
모야모야병	I67.5

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)’ 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표50]

장애인의 종류 및 기준(장애인 복지법 시행령 제2조 관련)

다음의 장애인의 종류 및 기준은 장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)에서 정하는 별표1에 따릅니다.

장애인의 종류	기준
1. 시각장애인	가. 나쁜 눈의 시력(만국식 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람
2. 청각장애인	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람
3. 언어장애인	음성 기능 또는 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
4. 지체장애인	가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 다. 한 다리를 리스프랑(발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람

5. 지적장애인	정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
6. 자폐성장애인	소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
7. 정신장애인	지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障礙 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
8. 뇌병변장애인	뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람

[별표51]

**장애인의 장애등급표(장애인 복지법 시행규칙 제2조 관련)**

아래의 장애인의 장애등급은 장애인 복지법 시행규칙 제2조와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

장애인의 종류	장애등급	
1. 지적장애인	제1급	지능지수와 사회성숙지수가 34 이하인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 일생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람
	제2급	지능지수와 사회성숙지수가 35 이상 49 이하인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는 사람
	제3급	지능지수와 사회성숙지수가 50 이상 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람
2. 자폐성장애인	제1급	ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상 발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
	제2급	ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상 발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
	제3급	제2급과 같은 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 해나가기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

장애인의 종류	장애등급	
3. 정신장애인	제1급	<ol style="list-style-type: none"> <li>정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이나 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은 지 1년 이상 지난 사람만 해당한다. 이하 같다)</li> <li>양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 증상기(症狀期)가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람</li> <li>반복성우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람</li> <li>분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람</li> </ol>
	제2급	<ol style="list-style-type: none"> <li>정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상과 사회적 위축 등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격 변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람</li> <li>양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람</li> <li>만성적인 반복성우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람</li> <li>만성적인 분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람</li> </ol>

장애인의 종류	장애등급	
3. 정신장애인	제3급	<ol style="list-style-type: none"> <li>정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람</li> <li>양극성정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 현저하지 아니하지만, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람</li> <li>반복성우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활을 해나가기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람</li> <li>분열형정동장애로 제1호부터 제3호까지에 준하는 증상이 있는 사람</li> </ol>



[별표52]

정신 및 행동장애 분류표

약관에서 규정하는 정신 및 행동장애로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 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, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40 ~ F48
5. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군	F50 ~ F59
6. 성인 인격 및 행동의 장애	F60 ~ F69
7. 정신지연	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

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

[별표53]

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 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 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 술에 취한 상태에서 운전하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 우려가 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 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
- 11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항의 규정에 의한 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

※ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

[별표54]

**자동차사고 부상 등급표**

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 제2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 내 용
1급	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다)</li> <li>2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해</li> <li>3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해</li> <li>4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스텐트 그래프트 삽입술을 시행한 상해</li> <li>5. 척추 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해</li> <li>6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절</li> <li>7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절</li> <li>8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해</li> <li>9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다)</li> <li>10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해</li> <li>11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해</li> <li>12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해</li> <li>13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다)</li> <li>14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해</li> <li>15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해</li> </ol>
2급	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)</li> <li>2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해</li> <li>3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해</li> <li>4. 심장 파열로 수술한 상해</li> <li>5. 척추 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해</li> </ol>

상해급별	상 해 내 용
2급	6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(지동기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척추 손상으로 불안전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상 해 내 용
3급	15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불안전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아지 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해

상해급별	상 해 내 용
4급	22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 과사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 상과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다)

상해급별	상 해 내 용
5급	24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄성 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절외손 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구

상해급별	상 해 내 용
6급	22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구 돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상 해 내 용
7급	20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복한 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄성 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해

상해급별	상 해 내 용
8급	25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절외손 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

[별표55]

**특정부위 분류표**

구분	특정부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	직장
4	항문
5	간
6	담낭(쓸개) 및 담관
7	췌장
8	비장
9	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
10	코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함)
11	인두 및 후두(편도 포함)
12	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
13	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지 돌기) 포함)
14	안구 및 안구부속기(안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
15	신장
16	부신
17	요관, 방광 및 요도
18	음경
19	전립선
20	유방(유선 포함)
21	자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함)
22	난소 및 난관
23	고환(고환초막(고환집막) 포함) 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
24	갑상선
25	경추부(해당신경 포함)
26	흉추부(해당신경 포함)
27	요추부(해당신경 포함)
28	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)

구분	특정부위
29	왼쪽 어깨
30	오른쪽 어깨
31	왼쪽 고관절
32	오른쪽 고관절
33	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
34	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
35	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
36	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
37	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
38	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
39	식도
40	대장(맹장, 직장 제외)
41	피부(두피 및 입술 포함)
42	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
43	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
44	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
45	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
46	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
47	부갑상선
48	질 및 외음부
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

[별표56]

**특정질병 분류표**

약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호
1	심장질환	100 ~ 102 105 ~ 109 120 ~ 125 126 ~ 128 130 ~ 152
2	뇌혈관질환	160 ~ 169
3	당뇨병	E10 ~ E14, 024
4	고혈압질환	I10 ~ I13, I15
5	결핵	A15 ~ A19 B90
6	담석증	K80
7	요로결석증	N20, N21, N23
8	골관절증 및 류마티스관절염	M05 ~ M06 M08 M15 ~ M19
9	등병증	M40 ~ M43 M45 ~ M51 M53 ~ M54
10	골반염	N73 ~ N74

구분	대상질병	분류번호
11	자궁내막증	N80
12	자궁의 평활근증	D25
13	하지의 정맥류	I83
14	통풍	E79, M10
15	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
16	사시	H49 ~ H51
17	탈장	K40 ~ K46, N43
18	복막의 질환	K65 ~ K67
19	골다공증	M80 ~ M82
20	천식	J45 ~ J46
21	난소의 양성신생물	D27
22	바르톨린샘의 질환	N75
23	여성 생식관의 폴립	N84
24	백내장	H25 ~ H26

- 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.



## <참고> 무배당 굿앤굿어린이이디보험(Hi 1501)에서 인용한 법·규정

[법규1] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	..... 법-1	[법규17] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령	..... 법-16
[법규2] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙	..... 법-1	[법규18] 아동·청소년의 성보호에 관한 법률	..... 법-18
[법규3] 개인정보 보호법	..... 법-2	[법규19] 액화석유가스의 안전관리 및 사업법 시행령	..... 법-18
[법규4] 개인정보 보호법 시행령	..... 법-4	[법규20] 약사법	..... 법-19
[법규5] 도로법	..... 법-4	[법규21] 여객자동차운수사업법 시행령	..... 법-19
[법규6] 고압가스안전관리법 시행규칙	..... 법-5	[법규22] 유아교육법 시행령	..... 법-20
[법규7] 국민건강보험법	..... 법-5	[법규23] 의료급여법 시행령	..... 법-21
[법규8] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법	..... 법-6	[법규24] 의료법	..... 법-21
[법규9] 도로교통법	..... 법-6	[법규25] 자동차관리법 시행규칙	..... 법-22
[법규10] 모자보건법	..... 법-7	[법규26] 자동차손해배상보장법 시행령	..... 법-23
[법규11] 모자보건법 시행령	..... 법-7	[법규27] 장애인복지법 시행규칙	..... 법-24
[법규12] 민법	..... 법-8	[법규28] 장애인복지법 시행령	..... 법-24
[법규13] 상법	..... 법-8	[법규29] 전자서명법	..... 법-25
[법규14] 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법	..... 법-9	[법규30] 지역보건법	..... 법-25
[법규15] 소비자기본법	..... 법-14	[법규31] 초·중등 교육법 시행령	..... 법-26
[법규16] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률	..... 법-14	[법규32] 폭력행위등 처벌에 관한 법률	..... 법-26

[법규33] 형법	.....	법-27
[법규34] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률	.....	법-29
[법규35] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령	.....	법-29
[법규36] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙	.....	법-30

[법규1]

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

내 용
<p><b>제11조(의사 등의 신고)</b></p> <p>① 의사나 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제5항에 따라 표본감시 대상이 되는 감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 보건복지부장관이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. &lt;개정 2010.1.18&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우</li> <li>2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우</li> <li>3. 감염병환자등이 제1군감염병부터 제4군감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우</li> </ol> <p>② 제1항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장은 제1군감염병부터 제4군감염병까지의 경우에는 지체 없이, 제5군감염병 및 지정감염병의 경우에는 7일 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.</p> <p>③ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제5항에 따라 표본감시 대상이 되는 감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 관할 보건소장에게 지체 없이 신고하여야 한다.</p> <p>④ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제5항에 따라 표본감시 대상이 되는 감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.&lt;개정 2010.1.18&gt;</p> <p>⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. &lt;개정 2010.1.18&gt;</p>

[법규2]

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

내 용
<p><b>[별표 2] 감염병의 진단 기준 (제6조제4항 관련)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 제1군감염병의 경우             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 제1군감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 구토물 등 검체에서 배양검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람</li> <li>나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람</li> <li>다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람</li> </ol> </li> <li>2. 제2군감염병의 경우             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 제2군감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 자. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 환자로 진단한다.</li> <li>나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람</li> <li>다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람</li> </ol> </li> <li>3. 제3군감염병의 경우             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 제3군감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 객담(喀痰), 혈액, 뇌척수액, 흉수, 복수, 병변조직, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 암시야(暗視野)현미경검사, 항원 검출검사, 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람</li> <li>나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람</li> <li>다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람</li> </ol> </li> <li>4. 제4군감염병             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 제4군감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 병변조직 등 검체에서 배양검사, 항원 검출검사, 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람</li> <li>나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람</li> </ol> </li> <li>5. 제5군감염병             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 제5군감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 병변조직, 뇌척수액, 객담 등 검체에서 총란/총체검사, 항원 검출검사, 항체</li> </ol> </li> </ol>

내 용
<p>검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병 병원체가 확인된 자 나. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람</p> <p>6. 지정감염병 지정감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 골수, 뇌척수액, 객담, 농(膿), 병변조직, 림프절 등 검체에서 배양검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람</p>

[법규3]

개인정보 보호법

내 용
<p><b>제15조(개인정보의 수집·이용)</b></p> <p>① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정보주체의 동의를 받은 경우</li> <li>2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우</li> <li>3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우</li> <li>4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우</li> <li>5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우</li> <li>6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.</li> </ol> <p>② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 개인정보의 수집·이용 목적</li> <li>2. 수집하려는 개인정보의 항목</li> <li>3. 개인정보의 보유 및 이용 기간</li> <li>4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용</li> </ol> <p><b>제17조(개인정보의 제공)</b></p> <p>① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정보주체의 동의를 받은 경우</li> <li>2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우</li> </ol> <p>② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 개인정보를 제공받는 자</li> </ol>

내 용
<p>2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적</p> <p>3. 제공하는 개인정보의 항목</p> <p>4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간</p> <p>5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용</p> <p>③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.</p> <p><b>제22조(동의를 받는 방법)</b></p> <p>① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제5항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.</p> <p>② 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.</p> <p>③ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.</p> <p>④ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.</p> <p>⑤ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.</p> <p>⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제5항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체를 고려하여 대통령령으로 정한다.</p> <p><b>제23조(민감정보의 처리 제한)</b></p> <p>개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우</p>

내 용
<p>2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우</p> <p><b>제24조(고유식별정보의 처리 제한)</b></p> <p>① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.</p> <p>1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우</p> <p>2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우</p> <p>② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.</p>

[법규4]

개인정보 보호법 시행령

내 용
<p><b>제17조(동의를 받는 방법)</b></p> <p>① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법</li> <li>2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법</li> <li>3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법</li> <li>4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법</li> <li>5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법</li> <li>6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법</li> </ol> <p>② 개인정보처리자는 법 제22조제5항에 따라 만 제14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다.</p> <p>③ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.</p>

[법규5]

도로법

내 용
<p><b>제10조(도로의 종류와 등급)</b></p> <p>도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)</li> <li>2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)</li> <li>3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道)</li> <li>4. 지방도</li> <li>5. 시도</li> <li>6. 군도</li> <li>7. 구도</li> </ol> <p><b>제11조(고속국도의 지정·고시)</b></p> <p>국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다.</p> <p><b>제13조(고속국도 또는 일반국도의 지선)</b></p> <p>① 국토교통부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 도로를 고속국도 또는 일반국도의 지선(이하 "지선"이라 한다)으로 지정·고시할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 고속국도 또는 일반국도와 인근의 도시·항만·공항·산업단지·물류시설 등을 연결하는 도로</li> <li>2. 고속국도 또는 일반국도의 기능을 보완하기 위하여 해당 고속국도 또는 일반국도를 우회하거나 고속국도 또는 일반국도를 서로 연결하는 도로</li> </ol> <p>② 제1항에서 정한 것 외에 지선의 지정 기준에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>③ 지선은 연결되는 주된 도로의 종류에 따라 각각 고속국도 또는 일반국도로 본다. 이 경우 지선이 연결되는 주된 도로의 범위는 국토교통부장관이 정한다.</p>

[법규6]

고압가스안전관리법 시행규칙

내 용
<p><b>제53조(보험가입 등) 제2항 1호</b>                      ② 영 제18조제3항에 따른 보험금액은 다음 각 호의 기준에 해당하는 금액으로 한다. 다만, 지급보험금액은 제1호 단서의 경우를 제외하고는 실손해액을 초과할 수 없다.                      1. 사망의 경우에는 1인당 8천만 원. 다만, 실손해액이 2천만 원 미만인 경우에는 2천만 원으로 한다.</p>

[법규7]

국민건강보험법

내 용
<p><b>제42조(요양기관)</b>                      ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.                      1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관                      2. 「약사법」에 따라 등록된 약국                      3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀의약품센터                      4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소                      5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소                      ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.                      ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.                      1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우                      2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우                      ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제2항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.                      ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.</p>

[법규8]

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

내 용
<p><b>제15조(보건진료소의 설치·운영)</b></p> <p>① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.</p> <p>② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담 공무원으로 보한다.</p> <p>③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.</p>

[법규9]

도로교통법

내 용
<p><b>제43조(무면허운전 등의 금지)</b></p> <p>누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.</p> <p><b>제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)</b></p> <p>① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다)을 운전하여서는 아니 된다.</p> <p>② 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.</p> <p>③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.</p> <p>④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.05퍼센트 이상인 경우로 한다.</p>



[법규10]

모자보건법

내 용
<p><b>제14조(인공임신중절수술의 허용한계)</b></p> <p>① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우</li> <li>2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우</li> <li>3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우</li> <li>4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우</li> <li>5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우</li> </ol> <p>② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.</p> <p>③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.</p>

[법규11]

모자보건법 시행령

내 용
<p><b>제15조(인공임신중절수술의 허용한계)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.</li> <li>② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 남성성유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.</li> <li>③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 특소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.</li> </ol>

[법규12]

민법

내 용
<p><b>제27조(실종의 신고)</b>                      ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.                      ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.</p>
<p><b>제77조(친족의 범위)</b>                      친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.                      1. 8촌 이내의 혈족                      2. 4촌 이내의 인척                      3. 배우자</p>
<p><b>제755조(감독자의 책임)</b>                      ① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.                      ② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.</p>
<p><b>제753조(미성년자의 책임능력)</b>                      미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 능력이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.</p>
<p><b>제754조(심신상실자의 책임능력)</b>                      심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.</p>

[법규13]

상법

내 용
<p><b>제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)</b>                      보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월 내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.</p>

[법규14]

**성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법**

내 용
<p><b>제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례</b></p> <p><b>제3조(특수강도강간 등)</b></p> <p>① 「형법」 제319조제1항(주거침입), 제330조(야간주거침입죄), 제331조(특수절도) 또는 제342조(미수범, 다만, 제330조 및 제331조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 무기징역 또는 5년 이상의 징역에 처한다.</p> <p>② 「형법」 제334조(특수강도) 또는 제342조(미수범, 다만, 제334조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다</p> <p><b>제4조(특수강간 등)</b></p> <p>① 흥기나 그 밖의 위험한 물건을 지닌 채 또는 2명 이상이 합동하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 5년 이상의 징역에 처한다.</p> <p>② 제1항의 방법으로 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p>③ 제1항의 방법으로 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.</p> <p><b>제5조(친족관계에 의한 강간 등)</b></p> <p>① 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 경우에는 7년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p>② 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강제추행한 경우에는 5년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p>③ 친족관계인 사람이 사람에게 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.</p> <p>④ 제1항부터 제3항까지의 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족·인척과 동거하는 친족으로 한다.</p> <p>⑤ 제1항부터 제3항까지의 친족은 사실상의 관계에 의한 친족을 포함한다.</p> <p><b>제6조(장애인에 대한 강간·강제추행 등)</b></p> <p>① 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에게 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.</p> <p>② 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에게 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의</p>

내 용
<p>어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p>1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위</p> <p>2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위</p> <p>③ 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에게 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 3년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이상 5천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>④ 신체적인 또는 정신적인 장애로 항거불능 또는 항거곤란 상태에 있음을 이용하여 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.</p> <p>⑤ 위계(僞計) 또는 위력(威力)으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 간음한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p>⑥ 위계 또는 위력으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 추행한 사람은 1년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>⑦ 장애인의 보호, 교육 등을 목적으로 하는 시설의 장 또는 종사자가 보호, 감독의 대상인 장애인에 대하여 제1항부터 제6항까지의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.</p> <p><b>제7조(13세 미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등)</b></p> <p>① 13세 미만의 사람에게 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.</p> <p>② 13세 미만의 사람에게 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 7년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p>1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위</p> <p>2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위</p> <p>③ 13세 미만의 사람에게 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역 또는 3천만원 이상 5천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>④ 13세 미만의 사람에게 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.</p> <p>⑤ 위계 또는 위력으로써 13세 미만의 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.</p> <p><b>제8조(강간 등 상해·치상)</b></p> <p>① 제3조제1항, 제4조, 제6조, 제7조 또는 제15조(제3조제1항, 제4조, 제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.</p> <p>② 제5조 또는 제15조(제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다</p> <p><b>제9조(강간 등 살인·치사)</b></p> <p>① 제3조부터 제7조까지, 제15조(제3조부터 제7조까지의 미수범으로 한정한다)의 죄 또는 「형법」 제297조(강간), 제297조의2(유사강간) 및 제298조(강제추행)부터 제300조(미수범)까지의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한</p>

내 용
<p>다.</p> <p>② 제4조, 제5조 또는 제15조(제4조 또는 제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.</p> <p>③ 제6조, 제7조 또는 제15조(제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.</p> <p><b>제10조(업무상 위력 등에 의한 추행)</b></p> <p>① 업무, 고용이나 그 밖의 관계로 인하여 자기의 보호, 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로 추행한 사람은 2년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>② 법률에 따라 구금된 사람을 감호하는 사람이 그 사람을 추행한 때에는 3년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p><b>제11조(공중 밀집 장소에서의 추행)</b></p> <p>대중교통수단, 공원·집회 장소, 그 밖에 공중(公衆)이 밀집하는 장소에서 사람을 추행한 사람은 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p><b>제12조(성적 목적을 위한 공공장소 침입행위)</b></p> <p>자기의 성적 욕망을 만족시킬 목적으로 「공중화장실 등에 관한 법률」 제2조제1호부터 제5호까지에 따른 공중화장실 등 및 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업의 목욕장 등 대통령령으로 정하는 공공장소에 침입하거나 같은 장소에서 퇴거의 요구를 받고 응하지 아니하는 사람은 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p><b>제13조(통신매체를 이용한 음란행위)</b></p> <p>자기 또는 다른 사람의 성적 욕망을 유발하거나 만족시킬 목적으로 전화, 우편, 컴퓨터, 그 밖의 통신매체를 통하여 성적 수치심이나 혐오감을 일으키는 말, 음향, 글, 그림, 영상 또는 물건을 상대방에게 도달하게 한 사람은 2년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p><b>제14조(카메라 등을 이용한 촬영)</b></p> <p>① 카메라나 그 밖에 이와 유사한 기능을 갖춘 기계장치를 이용하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 다른 사람의 신체를 그 의사에 반하여 촬영하거나 그 촬영물을 반포·판매·임대·제공 또는 공공연하게 전시·상영한 자는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>② 제1항의 촬영이 촬영 당시에는 촬영대상자의 의사에 반하지 아니하는 경우에도 사후에 그 의사에 반하여 촬영물을 반포·판매·임대·제공 또는 공공연하게 전시·상영한 자는 3년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>③ 영리를 목적으로 제1항의 촬영물을 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망(이하 "정보통신망"이라 한다)을 이용하여 유포한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p><b>제15조(미수범)</b> 제3조부터 제9조까지 및 제14조의 미수범은 처벌한다</p> <p><b>제16조(형벌과 수강명령 등의 병과)</b></p>

내 용
<p>① 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 형의 선고를 유예하는 경우에는 1년 동안 보호관찰을 받을 것을 명할 수 있다. 다만, 성폭력범죄를 범한 「소년법」 제2조에 따른 소년에 대하여 형의 선고를 유예하는 경우에는 반드시 보호관찰을 명하여야 한다.</p> <p>② 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 유죄판결(선고유예는 제외한다)을 선고하는 경우에는 500시간의 범위에서 재범예방에 필요한 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램의 이수명령(이하 "이수명령"이라 한다)을 병과하여야 한다. 다만, 수강명령 또는 이수명령을 부과할 수 없는 특별한 사정이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>③ 성폭력범죄를 범한 자에 대하여 제2항의 수강명령은 형의 집행을 유예할 경우에 그 집행유예기간 내에서 병과하고, 이수명령은 벌금 이상의 형을 선고할 경우에 병과한다. 다만, 이수명령은 성폭력범죄자가 「특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률」 제9조의2제1항제4호에 따른 이수명령을 부과받은 경우에는 병과하지 아니한다.</p> <p>④ 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 형의 집행을 유예하는 경우에는 제2항에 따른 수강명령 외에 그 집행유예기간 내에서 보호관찰 또는 사회봉사 중 하나 이상의 처분을 병과할 수 있다.</p> <p>⑤ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 형의 집행을 유예할 경우에는 그 집행유예기간 내에, 벌금형을 선고할 경우에는 형 확정일부터 6개월 이내에, 징역형 이상의 실형(實刑)을 선고할 경우에는 형기 내에 각각 집행한다. 다만, 수강명령 또는 이수명령은 성폭력범죄를 범한 사람이 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제21조에 따른 수강명령 또는 이수명령을 부과받은 경우에는 병과하지 아니한다.</p> <p>⑥ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령이 벌금형 또는 형의 집행유예와 병과된 경우에는 보호관찰소의 장이 집행하고, 징역형 이상의 실형과 병과된 경우에는 교정시설의 장이 집행한다. 다만, 징역형 이상의 실형과 병과된 이수명령을 모두 이행하기 전에 석방 또는 가석방되거나 미결구금일수 산입 등의 사유로 형을 집행할 수 없게 된 경우에는 보호관찰소의 장이 남은 이수명령을 집행한다.</p> <p>⑦ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 다음 각 호의 내용으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 일탈적 이상행동의 진단·상담</li> <li>2. 성에 대한 건전한 이해를 위한 교육</li> <li>3. 그 밖에 성폭력범죄를 범한 사람의 재범예방을 위하여 필요한 사항</li> </ol> <p>⑧ 성폭력범죄를 범한 사람으로서 형의 집행 중에 가석방된 사람은 가석방기간 동안 보호관찰을 받는다. 다만, 가석방을 허가한 행정관청이 보호관찰을 할 필요가 없다고 인정한 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>⑨ 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 및 이수명령에 관하여 이 법에서 규정한 사항 외의 사항에 대하여는 「보호관찰 등에 관한 법률」을 준용한다.</p> <p><b>제17조(판결 전 조사)</b></p> <p>① 법원은 성폭력범죄를 범한 피고인에 대하여 제16조에 따른 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 또는 이수명령을 부과하기 위하여 필요하다고 인정하면 그 범원의 소재지 또는 피고인의 주거지를 관할하는 보호관찰소의 장에게 피고인의 신체적·심리적 특성 및</p>

내 용
<p>상태, 정신성적 발달과정, 성장배경, 가정환경, 직업, 생활환경, 교우관계, 병행동기, 병력(病歷), 피해자와의 관계, 재범위험성 등 피고인에 관한 사항의 조사를 요구할 수 있다.</p> <p>② 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장은 지체 없이 이를 조사하여 서면으로 해당 법원에 알려야 한다. 이 경우 필요하다고 인정하면 피고인이나 그 밖의 관계인을 소환하여 심문하거나 소속 보호관찰관에게 필요한 사항을 조사하게 할 수 있다.</p> <p>③ 법원은 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장에게 조사진행상황에 관한 보고를 요구할 수 있다.</p> <p><b>제18조(고소 제한에 대한 예외)</b> 성폭력범죄에 대하여는 「형사소송법」 제224조(고소의 제한) 및 「군사법원법」 제266조에도 불구하고 자기 또는 배우자의 직계존속을 고소할 수 있다. &lt;개정 2013.4.5&gt;</p> <p><b>제19조 삭제</b> &lt;2013.4.5&gt;</p> <p><b>제20조(「형법」상 감경규정에 관한 특례)</b> 음주 또는 약물로 인한 심신장애 상태에서 성폭력범죄(제2조제1항제1호의 죄는 제외한다)를 범한 때에는 「형법」 제10조제1항·제2항 및 제11조를 적용하지 아니할 수 있다.</p> <p><b>제21조(공소시효에 관한 특례)</b></p> <p>① 미성년자에 대한 성폭력범죄의 공소시효는 「형사소송법」 제252조제1항 및 「군사법원법」 제294조제1항에도 불구하고 해당 성폭력범죄로 피해를 당한 미성년자가 성년에 달한 날부터 진행한다. &lt;개정 2013.4.5&gt;</p> <p>② 제2조제3호 및 제4호의 죄와 제3조부터 제9조까지의 죄는 디엔에이(DNA)증거 등 그 죄를 증명할 수 있는 과학적인 증거가 있는 때에는 공소시효가 10년 연장된다.</p> <p>③ 13세 미만의 사람 및 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 다음 각 호의 죄를 범한 경우에는 제1항과 제2항에도 불구하고 「형사소송법」 제249조부터 제253조까지 및 「군사법원법」 제291조부터 제295조까지에 규정된 공소시효를 적용하지 아니한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「형법」 제297조(강간), 제298조(강제추행), 제299조(준강간, 준강제추행), 제301조(강간등 상해·치상) 또는 제301조의2(강간등 살인·치사)의 죄</li> <li>2. 제6조제2항, 제7조제2항, 제8조, 제9조의 죄</li> <li>3. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제9조 또는 제10조의 죄</li> </ol> <p>④ 다음 각 호의 죄를 범한 경우에는 제1항과 제2항에도 불구하고 「형사소송법」 제249조부터 제253조까지 및 「군사법원법」 제291조부터 제295조까지에 규정된 공소시효를 적용하지 아니한다. &lt;개정 2013.4.5&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「형법」 제301조의2(강간등 살인·치사)의 죄(강간등 살인에 한정한다)</li> <li>2. 제9조제1항의 죄</li> <li>3. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제10조제1항의 죄</li> <li>4. 「군형법」 제92조의8의 죄(강간 등 살인에 한정한다)</li> </ol> <p><b>제22조(「특정강력범죄의 처벌에 관한 특례법」의 준용)</b> 성폭력범죄에 대한 처벌절차에는 「특정강력범죄의 처벌에 관한 특례법」 제7조(증인에</p>

내 용
<p>대한 신변안전조치), 제8조(출판을 게재 등으로부터의 피해자 보호), 제9조(소송 진행의 협의), 제12조(간이공판절차의 결정) 및 제13조(판결선고)를 준용한다.</p> <p><b>제23조(피해자, 신고인 등에 대한 보호조치)</b> 법원 또는 수사기관이 성폭력범죄의 피해자, 성폭력범죄를 신고(고소·고발을 포함한다)한 사람을 증인으로 신문하거나 조사하는 경우에는 「특정범죄신고자 등 보호법」 제5조 및 제7조부터 제13조까지의 규정을 준용한다. 이 경우 「특정범죄신고자 등 보호법」 제9조와 제13조를 제외하고는 보복을 당할 우려가 있음을 요하지 아니한다.</p> <p><b>제24조(피해자의 신원과 사생활 비밀 누설 금지)</b></p> <p>① 성폭력범죄의 수사 또는 재판을 담당하거나 이에 관여하는 공무원 또는 그 직에 있었던 사람은 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있게 하는 인적사항과 사진 등 또는 그 피해자의 사생활에 관한 비밀을 공개하거나 다른 사람에게 누설하여서는 아니 된다.</p> <p>② 누구든지 제1항에 따른 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있는 인적사항이나 사진 등을 피해자의 동의를 받지 아니하고 신문 등 인쇄물에 실거나 「방송법」 제2조제1호에 따른 방송 또는 정보통신망을 통하여 공개하여서는 아니 된다.</p> <p><b>제25조(피의자의 얼굴 등 공개)</b></p> <p>① 검사와 사법경찰관은 성폭력범죄의 피의자가 죄를 범하였다고 믿을 만한 충분한 증거가 있고, 국민의 알권리 보장, 피의자의 재범 방지 및 범죄예방 등 오로지 공공의 이익을 위하여 필요할 때에는 얼굴, 성명 및 나이 등 피의자의 신상에 관한 정보를 공개할 수 있다. 다만, 피의자가 「청소년 보호법」 제2조제1호의 청소년에 해당하는 경우에는 공개하지 아니한다.</p> <p>② 제1항에 따라 공개를 할 때에는 피의자의 인권을 고려하여 신중하게 결정하고 이를 남용하여서는 아니 된다.</p> <p><b>제26조(성폭력범죄의 피해자에 대한 전담조사제)</b></p> <p>① 검찰총장은 각 지방검찰청 검사장으로 하여금 성폭력범죄 전담 검사를 지정하도록 하여 특별한 사정이 없으면 이들로 하여금 피해자를 조사하게 하여야 한다.</p> <p>② 경찰청장은 각 경찰서장으로 하여금 성폭력범죄 전담 사법경찰관을 지정하도록 하여 특별한 사정이 없으면 이들로 하여금 피해자를 조사하게 하여야 한다.</p> <p>③ 국가는 제1항의 검사 및 제2항의 사법경찰관에게 성폭력범죄의 수사에 필요한 전문지식과 피해자보호를 위한 수사방법 및 수사절차 등에 관한 교육을 실시하여야 한다.</p> <p><b>제27조(성폭력범죄 피해자에 대한 변호사 선임의 특례)</b></p> <p>① 성폭력범죄의 피해자 및 그 법정대리인(이하 "피해자등"이라 한다)은 형사절차상 입을 수 있는 피해를 방어하고 법률적 조력을 보장하기 위하여 변호사를 선임할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따른 변호사는 검사 또는 사법경찰관의 피해자등에 대한 조사에 참여하여 의견을 진술할 수 있다. 다만, 조사 도중에는 검사 또는 사법경찰관의 승인을 받아 의견을 진술할 수 있다.</p> <p>③ 제1항에 따른 변호사는 피의자에 대한 구속 전 피의자심문, 증거보전절차, 공판준비기</p>

내 용
<p>일 및 공판절차에 출석하여 의견을 진술할 수 있다. 이 경우 필요한 절차에 관한 구체적인 사항은 대법원규칙으로 정한다.</p> <p>④ 제1항에 따른 변호사는 증거보전 후 관계 서류나 증거물, 소송계속 중의 관계 서류나 증거물을 열람하거나 등사할 수 있다.</p> <p>⑤ 제1항에 따른 변호사는 형사절차에서 피해자등의 대리가 허용될 수 있는 모든 소송행위에 대한 포괄적인 대리권을 가진다.</p> <p>⑥ 검사는 피해자에게 변호사가 없는 경우 국선변호사를 선정하여 형사절차에서 피해자의 권익을 보호할 수 있다.</p> <p><b>제28조(성폭력범죄에 대한 전담재판부)</b> 지방법원장 또는 고등법원장은 특별한 사정이 없으면 성폭력범죄 전담재판부를 지정하여 성폭력범죄에 대하여 재판하게 하여야 한다.</p> <p><b>제29조(수사 및 재판절차에서의 배려)</b></p> <p>① 수사기관과 법원 및 소송관계인은 성폭력범죄를 당한 피해자의 나이, 심리 상태 또는 후유장애의 유무 등을 신중하게 고려하여 조사 및 심리·재판 과정에서 피해자의 인격이나 명예가 손상되거나 사적인 비밀이 침해되지 아니하도록 주의하여야 한다.</p> <p>② 수사기관과 법원은 성폭력범죄의 피해자를 조사하거나 심리·재판할 때 피해자가 편안한 상태에서 진술할 수 있는 환경을 조성하여야 하며, 조사 및 심리·재판 횟수는 필요한 범위에서 최소한으로 하여야 한다.</p> <p><b>제30조(영상물의 촬영·보존 등)</b></p> <p>① 성폭력범죄의 피해자가 19세 미만이거나 신체적인 또는 정신적인 장애로 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 미약한 경우에는 피해자의 진술 내용과 조사 과정을 비디오녹화기 등 영상물 녹화장치로 촬영·보존하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 영상물 녹화는 피해자 또는 법정대리인이 이를 원하지 아니하는 의사를 표시한 경우에는 촬영을 하여서는 아니 된다. 다만, 가해자가 친권자 중 일방인 경우는 그러하지 아니하다.</p> <p>③ 제1항에 따른 영상물 녹화는 조사의 개시부터 종료까지의 전 과정 및 객관적 정황을 녹화하여야 하고, 녹화가 완료된 때에는 지체 없이 그 원본을 피해자 또는 변호사 앞에서 봉인하고 피해자로 하여금 기명날인 또는 서명하게 하여야 한다.</p> <p>④ 검사 또는 사법경찰관은 피해자가 제1항의 녹화장소에 도착한 시각, 녹화를 시작하고 마친 시각, 그 밖에 녹화과정의 진행경과를 확인하기 위하여 필요한 사항을 조서 또는 별도의 서면에 기록한 후 수사기록에 편철하여야 한다.</p> <p>⑤ 검사 또는 사법경찰관은 피해자 또는 법정대리인이 신청하는 경우에는 영상물 촬영과정에서 작성한 조서의 사본을 신청인에게 발급하거나 영상물을 재생하여 시청하게 하여야 한다.</p> <p>⑥ 제1항에 따라 촬영한 영상물에 수록된 피해자의 진술은 공판준비기일 또는 공판기일에 피해자나 조사 과정에 동석하였던 신뢰관계에 있는 사람 또는 진술조력인의 진술에 의하여 성립의 진정함이 인정된 경우에 증거로 할 수 있다.</p> <p>⑦ 누구든지 제1항에 따라 촬영한 영상물을 수사 및 재판의 용도 외에 다른 목적으로 사</p>

내 용
<p>용하여서는 아니 된다.</p> <p><b>제31조(심리의 비공개)</b></p> <p>① 성폭력범죄에 대한 심리는 그 피해자의 사생활을 보호하기 위하여 결정으로써 공개하지 아니할 수 있다.</p> <p>② 증인으로 소환받은 성폭력범죄의 피해자와 그 가족은 사생활보호 등의 사유로 증인신문의 비공개를 신청할 수 있다.</p> <p>③ 재판장은 제2항에 따른 신청을 받으면 그 허가 및 공개 여부, 법정 외의 장소에서의 신문 등 증인의 신문 방식 및 장소에 관하여 결정할 수 있다.</p> <p>④ 제1항 및 제3항의 경우에는 「법원조직법」 제57조(재판의 공개)제2항·제3항 및 「군사법원법」 제67조제2항·제3항을 준용한다. &lt;개정 2013.4.5&gt;</p> <p><b>제32조(증인지원시설의 설치·운영 등)</b></p> <p>① 각급 법원은 증인으로 법원에 출석하는 피해자들이 재판 전후에 피고인이나 그 가족과 마주치지 아니하도록 하고, 보호와 지원을 받을 수 있는 적절한 시설을 설치한다.</p> <p>② 각급 법원은 제1항의 시설을 관리·운영하고 피해자등의 보호와 지원을 담당하는 직원(이하 "증인지원관"이라 한다)을 둔다.</p> <p>③ 법원은 증인지원관에 대하여 인권 감수성 향상에 필요한 교육을 정기적으로 실시한다.</p> <p>④ 증인지원관의 업무·자격 및 교육 등에 필요한 사항은 대법원규칙으로 정한다.</p> <p><b>제33조(전문가의 의견 조회)</b></p> <p>① 법원은 정신건강의학과 의사, 심리학자, 사회복지학자, 그 밖의 관련 전문가로부터 행위자 또는 피해자의 정신·심리 상태에 대한 진단 소견 및 피해자의 진술 내용에 관한 의견을 조회할 수 있다.</p> <p>② 법원은 성폭력범죄를 조사·심리할 때에는 제1항에 따른 의견 조회의 결과를 고려하여야 한다.</p> <p>③ 법원은 법원행정처장이 정하는 관련 전문가 후보자 중에서 제1항에 따른 전문가를 지정하여야 한다.</p> <p>④ 제1항부터 제3항까지의 규정은 수사기관이 성폭력범죄를 수사하는 경우에 준용한다. 다만, 피해자가 13세 미만이거나 신체적인 또는 정신적인 장애로 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 미약한 경우에는 관련 전문가에게 피해자의 정신·심리 상태에 대한 진단 소견 및 진술 내용에 관한 의견을 조회하여야 한다.</p> <p>⑤ 제4항에 따라 준용할 경우 "법원행정처장"은 "경찰총장 또는 경찰청장"으로 본다.</p> <p><b>제34조(신뢰관계에 있는 사람의 동석)</b></p> <p>① 법원은 제3조부터 제8조까지, 제10조 및 제15조(제9조의 미수범은 제외한다)의 범죄의 피해자를 증인으로 신문하는 경우에 검사, 피해자 또는 법정대리인이 신청할 때에는 재판에 지장을 줄 우려가 있는 등 부득이한 경우가 아니면 피해자와 신뢰관계에 있는 사람을 동석하게 하여야 한다.</p> <p>② 제1항은 수사기관이 같은 항의 피해자를 조사하는 경우에 관하여 준용한다.</p> <p>③ 제1항 및 제2항의 경우 법원과 수사기관은 피해자와 신뢰관계에 있는 사람이 피해자에게 불리하거나 피해자가 원하지 아니하는 경우에는 동석하게 하여서는 아니 된다.</p>

내 용
<p><b>제35조(진술조력인 양성 등)</b></p> <p>① 법무부장관은 의사소통 및 의사표현에 어려움이 있는 성폭력범죄의 피해자에 대한 형사사법절차에서의 조력을 위하여 진술조력인을 양성하여야 한다.</p> <p>② 진술조력인은 정신건강의학, 심리학, 사회복지학, 교육학 등 아동·장애인의 심리나 의사소통 관련 전문지식이 있거나 관련 분야에서 상당 기간 종사한 사람으로 법무부장관이 정하는 교육을 이수하여야 한다. 진술조력인의 자격이나 양성 등에 관하여 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.</p> <p>③ 법무부장관은 제1항에 따라 양성한 진술조력인 명부를 작성하여야 한다.</p> <p><b>제36조(진술조력인의 수사과정 참여)</b></p> <p>① 검사 또는 사법경찰관은 성폭력범죄의 피해자가 13세 미만의 아동이거나 신체적인 또는 정신적인 장애로 의사소통이나 의사표현에 어려움이 있는 경우 원활한 조사를 위하여 직권이나 피해자, 그 법정대리인 또는 변호사의 신청에 따라 진술조력인으로 하여금 조사과정에 참여하여 의사소통을 중개하거나 보조하게 할 수 있다. 다만, 피해자 또는 그 법정대리인이 이를 원하지 아니하는 의사를 표시한 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>② 검사 또는 사법경찰관은 제1항의 피해자를 조사하기 전에 피해자, 법정대리인 또는 변호사에게 진술조력인에 의한 의사소통 중개나 보조를 신청할 수 있음을 고지하여야 한다.</p> <p>③ 진술조력인은 조사 전에 피해자를 면담하여 진술조력인 조력 필요성에 관하여 평가한 의견을 수사기관에 제출할 수 있다.</p> <p>④ 제1항에 따라 조사과정에 참여한 진술조력인은 피해자의 의사소통이나 표현 능력, 특성 등에 관한 의견을 수사기관이나 법원에 제출할 수 있다.</p> <p>⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정은 검증에 관하여 준용한다.</p> <p>⑥ 그 밖에 진술조력인의 수사절차 참여에 관한 절차와 방법 등 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.</p> <p><b>제37조(진술조력인의 재판과정 참여)</b></p> <p>① 법원은 성폭력범죄의 피해자가 13세 미만 아동이거나 신체적인 또는 정신적인 장애로 의사소통이나 의사표현에 어려움이 있는 경우 원활한 증인 신문을 위하여 직권 또는 검사, 피해자, 그 법정대리인 및 변호사의 신청에 의한 결정으로 진술조력인으로 하여금 증인 신문에 참여하여 중개하거나 보조하게 할 수 있다.</p> <p>② 법원은 증인이 제1항에 해당하는 경우에는 신문 전에 피해자, 법정대리인 및 변호사에게 진술조력인에 의한 의사소통 중개나 보조를 신청할 수 있음을 고지하여야 한다.</p> <p>③ 진술조력인의 소송절차 참여에 관한 구체적 절차와 방법은 대법원규칙으로 정한다.</p> <p><b>제38조(진술조력인의 의무)</b></p> <p>① 진술조력인은 수사 및 재판 과정에 참여함에 있어 중립적인 지위에서 상호간의 진술이 왜곡 없이 전달될 수 있도록 노력하여야 한다.</p> <p>② 진술조력인은 그 직무상 알게 된 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있게 하는 인적사항과 사진 및 사생활에 관한 비밀</p>

내 용
<p>을 공개하거나 다른 사람에게 누설하여서는 아니 된다.</p> <p><b>제39조(벌칙적용에 있어서 공무원의 의제)</b></p> <p>진술조력인은 「형법」 제129조부터 제132조까지에 따른 벌칙의 적용에 있어서 이를 공무원으로 본다.</p> <p><b>제40조(비디오 등 증거장치에 의한 증인신문)</b></p> <p>① 법원은 제2조제1항제3호부터 제5호까지의 범죄의 피해자를 증인으로 신문하는 경우 검사와 피고인 또는 변호인의 의견을 들어 비디오 등 증거장치에 의한 중계를 통하여 신문할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따른 증인신문의 절차·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대법원규칙으로 정한다.</p> <p><b>제41조(증거보전의 특례)</b></p> <p>① 피해자나 그 법정대리인 또는 경찰은 피해자가 공판기일에 출석하여 증언하는 것에 현저히 곤란한 사정이 있을 때에는 그 사유를 소명(疏明)하여 제30조에 따라 촬영된 영상물 또는 그 밖의 다른 증거에 대하여 해당 성폭력범죄를 수사하는 검사에게 「형사소송법」 제184조(증거보전의 청구와 그 절차)제1항에 따른 증거보전의 청구를 할 것을 요청할 수 있다. 이 경우 피해자가 16세 미만이거나 신체적인 또는 정신적인 장애로 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 미약한 경우에는 공판기일에 출석하여 증언하는 것에 현저히 곤란한 사정이 있는 것으로 본다.</p> <p>② 제1항의 요청을 받은 검사는 그 요청이 타당하다고 인정할 때에는 증거보전의 청구를 할 수 있다.</p>

[법규15]

소비자기본법

내 용
<p><b>제70조(단체소송의 대상 등)</b>                      다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록된 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체                         <ul style="list-style-type: none"> <li>가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것</li> <li>나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것</li> <li>다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것</li> </ul> </li> <li>「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체</li> <li>「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체                         <ul style="list-style-type: none"> <li>가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것</li> <li>나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것</li> <li>다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것</li> <li>라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것</li> </ul> </li> </ol>

[법규16]

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

내 용
<p><b>제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항</b>                      ② 신용정보회사 등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.</p>
<p><b>제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)</b>                      ① 신용정보제공·이용자가 대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 미리 동의를 받아야 한다.                     <ol style="list-style-type: none"> <li>서면</li> <li>「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)</li> <li>개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식</li> <li>유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법, 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.</li> <li>그 밖에 대통령령으로 정하는 방식</li> </ol>                     ② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 동의를 받아야 한다. 이 때 개인신용정보를 제공받으려는 자는 해당 개인에게 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있음을 고지하여야 한다.                     ③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.                     ④ 신용정보회사 등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제3항까지를 적용하지 아니한다.                     <ol style="list-style-type: none"> <li>신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우</li> <li>계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우</li> </ol> </p>



내 용
<p>3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우</p> <p>4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우</p> <p>5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우</p> <p>6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.</p> <p>7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우</p> <p>8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우</p> <p>9. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우</p> <p>⑤ 제4항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 등 이와 유사한 방법을 통하여 공시할 수 있다. &lt;개정 2011.5.19&gt;</p> <p>⑥ 제4항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.</p> <p>⑦ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.</p> <p>⑧ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.</p>
<p><b>제33조(개인신용정보의 이용)</b></p> <p>개인신용정보는 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계(고용관계는 제외한다. 이하 같다)의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로만 이용하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>1. 개인이 제32조제1항 각 호의 방식으로 이 조 각 호 외의 부분 본문에서 정한 목적 외의 다른 목적에의 이용에 동의한 경우</p> <p>2. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)</p>

내 용
<p>를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)</p> <p>3. 제32조제4항 각 호의 경우</p> <p>4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우</p>

[법규17]

**신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령**

내 용
<p><b>제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)</b></p> <p>① 법 제32조제1항에서 "대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 신용정보집중기관 또는 신용조회회사에 제공하려는 다음 각 호의 신용정보는 제외한다. &lt;개정 2011.8.17&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 제2조제1항제3호의 신용정보</li> <li>2. 제2조제1항제5호 각 목(아목 및 사목은 제외한다)에 따른 신용정보. 다만, 같은 호 라목의 경우에는 채납 관련 정보, 자목의 경우에는 신용회복정보만 해당한다.</li> </ol> <p>② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항에 따라 해당 개인으로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 개인신용정보를 제공하는 자</li> <li>2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적</li> <li>3. 제공하는 개인신용정보의 내용</li> <li>4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간</li> </ol> <p>③ 법 제32조제1항제3호에 따른 개인비밀번호는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 비밀번호로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 해당 개인이 「여성전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자에게 등록한 비밀번호</li> <li>2. 개인신용정보를 제3자에게 제공하려는 신용정보제공·이용자로부터 해당 개인 명의의 휴대전화 문자메시지를 통하여 받은 비밀번호</li> <li>3. 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 개인비밀번호</li> </ol> <p>④ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.</p> <p>⑤ 법 제32조제2항에서 "대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 다음 각 호의 신용정보는 제외한다. &lt;개정 2011.8.17&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 제2조제1항제3호의 신용정보</li> <li>2. 제1항제2호에 따른 정보. 다만, 제2조제1항제5호라목에 따른 채납 관련 정보 중 국민건강보험 및 국민연금에 관한 정보는 제외한다.</li> </ol> <p>⑥ 법 제32조제2항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를</p>

내 용
<p>제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 개인신용정보를 제공하는 자</li> <li>2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적</li> <li>3. 제공받는 개인신용정보의 항목</li> <li>4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간</li> </ol> <p>⑦ 법 제32조제3항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 개인으로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등 금융위원회가 정하는 방식으로 확인하여야 한다.</p> <p>⑧ 법 제32조제4항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다. &lt;개정 2011.8.17&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적</li> <li>2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 아니한 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적</li> <li>3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적</li> <li>4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항제3호의 각 목에 해당하는 자의 개인신용정보를 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적</li> <li>5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적</li> </ol> <p>⑨ 법 제32조제5항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 알리는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른다. 이 경우 그 알리는 방법은 서면, 전화(휴대전화 문자메시지를 포함한다), 전자우편 또는 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따른다. &lt;개정 2011.8.17&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제8호에 따른 정보를 제공하는 경우: 해당 정보를 제공한 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것</li> <li>2. 법 제32조제4항제4호에 따른 정보를 제공받은 경우: 해당 정보를 제공받은 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이</li> </ol>

내 용
<p>내에 알릴 것. 다만, 「채권의 공정한 추심에 관한 법률」 제6조제2항 및 제3항에 따라 채권추심회사가 채권수임사실을 통보하는 경우에는 그 수임사실을 통보한 날부터 30일 이내에 알려야 한다.</p> <p>3. 법 제32조제4항제5호부터 제7호까지 및 제9호에 따른 정보를 제공하는 경우: 해당 정보를 제공한 날을 기준으로 하여 60일부터 180일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것</p> <p>⑩ 법 제32조제5항 단서에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 그 공시방법은 인터넷 홈페이지나 게시판에의 게재 또는 사무실·점포 등에서의 비치·열람 등의 방법에 따른다. &lt;신설 2011.8.17&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 신용정보회사의 고의 또는 과실 없이 신용정보주체의 주소 또는 거소 등을 알 수 없는 경우</li> <li>2. 신용정보의 특성, 제공 대상자, 제공 경위 및 제공 목적 등을 고려하여 공시하는 것이 적절하다고 금융위원회가 인정하여 고시하는 경우(법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제7호에 따른 정보만 해당한다)</li> </ol> <p>⑪ 법 제32조제6항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. &lt;개정 2011.8.17&gt;</p> <p>⑫ 법 제32조제6항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다. &lt;개정 2011.8.17&gt;</p>

[법규18]

아동·청소년의 성보호에 관한 법률

내 용
<p><b>제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)</b></p> <p>① 폭행 또는 협박으로 아동·청소년을 강간한 사람은 무기징역 또는 5년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p>② 아동·청소년에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위</li> <li>2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위</li> </ol> <p>③ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제298조의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>④ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제299조의 죄를 범한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.</p> <p>⑤ 위계(僞計) 또는 위력으로써 아동·청소년을 간음하거나 아동·청소년을 추행한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.</p> <p>⑥ 제1항부터 제5항까지의 미수범은 처벌한다.</p>

[법규19]

액화석유가스의 안전관리 및 사업법 시행령

내 용
<p><b>제16조(보험의 종류 등) 제 1항 제 2호</b></p> <p>① 법 제33조제2항에 따른 보험의 종류와 가입대상은 다음 각 호와 같다. &lt;개정 2008.2.29, 2009.9.21, 2011.11.23, 2013.3.23&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 가스사고배상책임보험에 가입하여야 하는 자             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 액화석유가스 충전사업자(제1호에 해당하는 액화석유가스 충전사업자는 제외한다), 가스용품 제조사업자 및 가스용품을 수입한 자(산업통상자원부령으로 정하는 자는 제외한다)</li> <li>나. 액화석유가스 집단공급사업자, 액화석유가스 판매사업자(제1호에 해당하는 액화석유가스 판매사업자는 제외한다) 및 액화석유가스 위탁운송사업자</li> <li>다. 액화석유가스 저장자</li> <li>라. 법 제17조에 따른 액화석유가스시설의 시공자 및 법 제27조제2항에 따른 액화석유가스 특정사용자 중 산업통상자원부령으로 정하는 자</li> </ol> </li> </ol>

[법규20]

약사법

내 용
<p><b>제2조(정의) 제1호 ~ 제3호</b>                      이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. &lt;개정 2007.10.17., 2008.2.29., 2009.12.29., 2010.1.18., 2011.6.7., 2013.3.23., 2014.3.18.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.</li> <li>2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.</li> <li>3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.</li> </ol>

[법규21]

여객자동차운수사업법 시행령

내 용
<p><b>제3조(여객자동차운수사업의 종류)</b>                      법 제3조제2항에 따라 여객자동차운수사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. &lt;개정 2008.11.26, 2009.11.27, 2011.12.8, 2011.12.30, 2012.11.23, 2013.3.23&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 노선 여객자동차운수사업                         <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제15조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.</li> <li>나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.</li> <li>다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 지정·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운수사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업</li> <li>라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.</li> </ol> </li> <li>2. 구역 여객자동차운수사업                         <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원(산업단지 관리기관의 경우에는 해당 산업단지 입주기업체의 소속원을 말한다)만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.                                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인</li> <li>2) 회사·학교 또는 「영유아보육법」에 따른 어린이집</li> <li>3) 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」에 따른 산업단지 중 국토교통부장관</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

내 용
<p>이 정하여 고시하는 산업단지의 관리기관</p> <p>나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장래에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업</p> <p>다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.</p> <p>라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.</p>

[법규22]

**유아교육법 시행령**

내 용
<p><b>제12조 (수업일수)</b>                      법 제12조제3항에 따라 유치원의 수업일수는 매 학년도 180일 이상을 기준으로 원장이 정한다. 다만, 원장은 천재지변의 발생, 연구학교의 운영 등 교육과정의 운영에 필요한 경우에는 10분의 1의 범위에서 수업일수를 줄일 수 있으며, 이 경우 다음 학년도 개시 30일 전까지 관할청에 보고하여야 한다. &lt;개정 2011.10.25&gt;</p>

[법규23]

의료급여법 시행령

내 용
<p><b>제13조(급여비용의 부담)</b></p> <p>① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. &lt;개정 2003.12.30., 2005.7.5., 2013.12.11.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 삭제 &lt;2005.7.5.&gt;</li> <li>2. 삭제 &lt;2005.7.5.&gt;</li> </ol> <p>② 삭제 &lt;2005.7.5.&gt;</p> <p>③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. &lt;개정 2008.2.29., 2010.3.15.&gt;</p> <p>④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. &lt;개정 2004.6.29.&gt;</p> <p>⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. &lt;개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2008.2.29., 2010.3.15., 2012.6.7., 2014.7.16.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1종수급권자 : 2만원</li> <li>2. 2종수급권자 : 20만원</li> </ol> <p>⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. &lt;개정 2004.6.29., 2007.2.28., 2009.3.31.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원</li> <li>2. 2종수급권자 : 매 6개월간 60만원</li> </ol> <p>⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. &lt;신설 2004.6.29., 2008.2.29., 2010.3.15.&gt;</p>

[법규24]

의료법

내 용
<p><b>제3조(의료기관)</b></p> <p>① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.</p> <p>② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. &lt;개정 2009.1.30, 2011.6.7&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 의원</li> <li>나. 치과의원</li> <li>다. 한의원</li> </ol> </li> <li>2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.</li> <li>3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.             <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 병원</li> <li>나. 치과병원</li> <li>다. 한방병원</li> <li>라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)</li> <li>마. 종합병원</li> </ol> </li> </ol> <p>③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. &lt;개정 2009.1.30, 2010.1.18&gt;</p>
<p><b>제3조의2(병원등)</b></p> <p>병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다</p>
<p><b>제3조의3(종합병원)</b></p> <p>① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. &lt;개정 2011.8.4&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것</li> </ol>

내 용
<p>2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것</p> <p>3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것</p> <p>② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.</p>
<p><b>제3조의4(상급종합병원 지정)</b></p> <p>① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. &lt;개정 2010.1.18&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것</li> <li>2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것</li> <li>3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것</li> <li>4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것</li> </ol> <p>② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. &lt;개정 2010.1.18&gt;</p> <p>③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. &lt;개정 2010.1.18&gt;</p> <p>④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. &lt;개정 2010.1.18&gt;</p> <p>⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. &lt;개정 2010.1.18&gt;</p>

[법규25]

**자동차관리법 시행규칙**

내 용
<p><b>제2조(자동차의 종별 구분)</b></p> <p>법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. [전문개정 2011.12.15]</p>



[법규26]

**자동차손해배상보장법 시행령**

내 용
<p><b>제2조(건설기계의 범위)</b>                      「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.                      &lt;개정 2014.2.5.&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 덩크트럭</li> <li>2. 타이어식 기중기</li> <li>3. 콘크리트믹서트럭</li> <li>4. 트럭적재식 콘크리트펌프</li> <li>5. 트럭적재식 아스팔트살포기</li> <li>6. 타이어식 굴삭기</li> <li>7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계                         <ul style="list-style-type: none"> <li>가. 트럭지게차</li> <li>나. 도로보수트럭</li> <li>다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)</li> </ul> </li> </ol> <p>[시행일 : 2015.2.6.] 제2조제7호</p>
<p><b>제3조(책임보험금 등)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다. &lt;개정 2014.2.5&gt;                         <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 사망한 경우에는 1억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.</li> <li>2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.</li> <li>3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액</li> </ol> </li> <li>② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각</li> </ol>

내 용
<p>호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다. &lt;개정 2012.8.22&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액</li> <li>2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액</li> <li>3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액</li> </ol> <p>③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 1천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.</p>

[법규27]

장애인복지법시행규칙

내 용
<b>제2조(장애인의 장애등급 등)</b> ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같다. ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. <개정 2008.3.3, 2010.3.19>

[법규28]

장애인복지법 시행령

내 용
<b>제2조 (장애인의 종류 및 기준)</b> ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다. ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29, 2010.3.15>

[법규29]

전자서명법

내 용
<p><b>제2조(정의)</b> 10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증업무 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.</p> <p><b>제4조(공인인증기관의 지정)</b></p> <p>① 미래창조과학부장관은 공인인증업무(이하 "인증업무"라 한다)를 안전하고 신뢰성있게 수행할 능력이 있다고 인정되는 자를 공인인증기관으로 지정할 수 있다. &lt;개정 2001.12.31, 2008.2.29, 2013.3.23&gt;</p> <p>② 공인인증기관으로 지정받을 수 있는 자는 국가기관·지방자치단체 또는 법인에 한한다.</p> <p>③ 공인인증기관으로 지정받고자 하는 자는 대통령령이 정하는 기술능력·재정능력·시설 및 장비 기타 필요한 사항을 갖추어야 한다.</p> <p>④ 미래창조과학부장관은 제1항에 따라 공인인증기관을 지정하는 경우 공인인증시장의 건전한 발전 등을 위하여 국가기관, 지방자치단체 또는 비영리법인과 특별법에 의하여 설립된 법인에 대하여는 설립목적에 따라 인증업무의 영역을 구분하여 지정할 수 있다. &lt;신설 2005.12.30, 2008.2.29, 2013.3.23&gt;</p> <p>⑤ 공인인증기관의 지정절차 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. &lt;개정 2005.12.30&gt;</p>

[법규30]

지역보건법

내 용
<p><b>제7조(보건소의 설치)</b> 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)의 설치는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.</p> <p><b>제8조(보건의료원)</b> 보건소중 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다. &lt;개정 2009.1.30&gt;</p> <p><b>제10조(보건지소의 설치)</b> 지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.</p>

[법규31]

초·중등 교육법 시행령

내 용
<p><b>제45조 (수업일수)</b></p> <p>① 법 제24조제3항에 따른 학교의 수업일수는 다음 각 호의 기준에 따라 학교의 장이 정한다. 다만, 학교의 장은 천재지변, 연구학교의 운영 또는 제105조에 따른 자율학교의 운영 등 교육과정의 운영상 필요한 경우에는 다음 각 호의 기준의 10분의 1의 범위에서 수업일수를 줄일 수 있으며, 이 경우 다음 학년도 개시 30일 전까지 관할청에 보고하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 초등학교·중학교·고등학교·고등기술학교 및 특수학교(유치부를 제외한다)       <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 주 5일 수업을 실시하지 아니하는 경우: 매 학년 220일 이상</li> <li>나. 주 5일 수업을 월 2회 실시하는 경우: 매 학년 205일 이상</li> <li>다. 주 5일 수업을 전면 실시하는 경우: 매 학년 190일 이상</li> </ol> </li> <li>2. 공민학교 및 고등공민학교: 매 학년 170일 이상</li> </ol> <p>② 초등학교·중학교·고등학교 및 특수학교의 장은 제1항제1호나목 또는 다목의 기준에 따라 주 5일 수업을 실시하는 경우에 수업일수를 정하려면 법 제31조제1항에 따른 학교운영위원회의 심의 또는 자문을 거쳐야 한다. [전문개정 2011.10.25]</p>

[법규32]

폭력행위등 처벌에 관한 법률

내 용
<p><b>제4조(단체등의 구성·활동)</b></p> <p>① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로한 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 자는 다음의 구별에 의하여 처벌한다. &lt;개정 1990.12.31, 1993.12.10, 2006.3.24&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 수괴는 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다</li> <li>2. 간부는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다</li> <li>3. 그외의 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다</li> </ol> <p>② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 자가 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각호의 1의 행위를 한 때에는 그 죄에 대한 형의 장기 및 단기의 2분의 1까지 가중한다. &lt;신설 1993.12.10, 2006.3.24&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄중 제136조(公務執行妨害)·제141조(공용서류등의 무효·공용물의 파괴)의 죄, 동법 제24장 살인의 죄중 제250조제1항(殺人)·제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)·제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)·제255조(豫備, 陰謀)의 죄, 동법 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄중 제314조(業務妨害)·제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄, 동법 제38장 절도와 강도의 죄중 제333조(強盜)·제334조(特殊強盜)·제335조(準強盜)·제336조(略取強盜)·제337조(強盜傷害, 致傷)·제339조(強盜強姦)·제340조제1항(海上強盜) 및 제2항(海上強盜傷害, 致傷)·제341조(常習犯)·제343조(豫備, 陰謀)의 죄를 범한 자</li> <li>2. 이 법 제2조 또는 제3조의 죄를 범한 자</li> </ol> <p>③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다. &lt;신설 1993.12.10&gt;</p> <p>④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. &lt;신설 1993.12.10&gt;</p>

[법규33]

**법**

내 용
<p><b>제24장 살인의 죄</b>  <b>제250조(살인, 존속살해)</b>                      ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.                      ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;</p> <p><b>제251조(영아살해)</b>                      직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.</p> <p><b>제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)</b>                      ① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.                      ② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.</p> <p><b>제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)</b>                      전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.</p> <p><b>제254조(미수범)</b>                      전4조의 미수범은 처벌한다.</p> <p><b>제255조(예비, 음모)</b>                      제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.</p> <p><b>제256조(자격정지의 병과)</b>                      제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.</p>
<p><b>제25장 상해와 폭행의 죄</b>  <b>제257조(상해, 존속상해)</b>                      ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;                      ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;                      ③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.</p> <p><b>제258조(중상해, 존속중상해)</b></p>

내 용
<p>① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.                      ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.                      ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상의 유기징역에 처한다.</p> <p><b>제259조(상해치사)</b>                      ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;                      ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.</p> <p><b>제260조(폭행, 존속폭행)</b>                      ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;                      ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;                      ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. &lt;개정 1995.12.29&gt;</p> <p><b>제261조(특수폭행)</b>                      단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;</p> <p><b>제262조(폭행치사상)</b>                      전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한 때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.</p> <p><b>제263조(동시범)</b>                      독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.</p> <p><b>제264조(상습범)</b>                      상습으로 제257조, 제258조, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.</p> <p><b>제265조(자격정지의 병과)</b>                      제257조제2항, 제258조, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다</p>
<p><b>제26장 과실치사상의 죄</b>  <b>제266조(과실치상)</b>                      ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는</p>

내 용
<p>과료에 처한다. &lt;개정 1995.12.29.&gt;                  ② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. &lt;개정 1995.12.29.&gt;  <b>제267조(과실치사)</b>                  과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;  <b>제268조(업무상과실·중과실 치사상)</b>                  업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;</p>
<p><b>제32장 강간과 추행의 죄</b>  <b>제297조(강간)</b>                  폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.&lt;개정 2012.12.18.&gt;  <b>제297조의2(유사강간)</b>                  폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.  <b>제298조(강제추행)</b>                  폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29&gt;  <b>제299조(준강간, 준강제추행)</b>                  사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다. &lt;개정 2012.12.18&gt;  <b>제300조(미수범)</b>                  제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다. &lt;개정 2012.12.18&gt;  <b>제301조(강간등 상해·치상)</b>                  제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. &lt;개정 2012.12.18&gt;  <b>제301조의2(강간등 살인·치사)</b>                  제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. &lt;개정 2012.12.18&gt;  <b>제302조(미성년자등에 대한 간음)</b>                  미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.  <b>제303조(업무상위력등에 의한 간음)</b>                  ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또</p>

내 용
<p>는 위력으로써 간음한 자는 5년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. &lt;개정 1995.12.29, 2012.12.18&gt;                  ② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다. &lt;개정 2012.12.18&gt;  <b>제304조(혼인방자등에 의한 간음)</b>                  삭제 &lt;2012.12.18&gt;  <b>제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)</b>                  13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. &lt;개정 1995.12.29, 2012.12.18&gt;  <b>제305조의2(상습범)</b>                  상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. &lt;개정 2012.12.18&gt;  <b>제306조(고소)</b>                  삭제 &lt;2012.12.18&gt;</p>
<p><b>제38장 절도와 강도의 죄</b>  <b>제339조(강도강간)</b>                  강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. &lt;개정 2012.12.18&gt;</p>

[법규34]

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

내 용
<p><b>제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임) 제 1항</b>                      ① 특수건물의 소유자는 그 건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.</p>

[법규35]

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

내 용
<p><b>제5조(보험금액)</b>                      ① 법 제8조제1항제2호 및 제3호의 규정에 의한 보험금액은 다음과 같다. &lt;개정 1983.8.18, 1991.9.3, 1997.6.13, 2000.12.30, 2002.12.5&gt;                      1. 사망의 경우에는 8천만원. 다만, 실손해액이 2천만원미만인 경우에는 2천만원으로 한다.                      2. 부상의 경우에는 별표 1에서 정하는 금액. 다만, 지급보험금은 실손해액을 초과할 수 없다.                      3. 부상의 경우 그 치료가 완료된 후 당해 부상이 원인이 되어 신체에 장애(이하 "후유장해"라 한다)가 생긴 때에는 별표2에서 정하는 금액                      ② 제1항제1호 및 제2호의 규정에 의한 실손해액의 범위는 총리령으로 정한다. &lt;개정 1994.12.23, 1997.6.13, 1999.7.6, 2008.2.29&gt;                      ③ 부상자가 치료중에 사망한 경우에는 제1항제1호 및 제2호의 보험금을 함께 지급한다.                      ④ 부상한 자에게 후유장해가 생긴 경우에는 제1항제2호 및 제3호의 금액을 함께 지급한다. &lt;신설 1991.9.3&gt;                      ⑤ 제1항제3호의 금액을 지급한 후 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호의 금액에서 동항제3호의 규정에 의하여 지급한 금액을 공제하고 지급한다. &lt;신설 1991.9.3&gt;</p> <p><b>제8조(보험금 지급)</b>                      ① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 이를 지급하여야 한다.                      ② 손해보험회사는 법 제9조의 규정에 의하여 보험금을 지급한 때에는 지체없이 다음 각 호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.                      1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명                      2. 청구액과 지급액                      3. 피해자의 주소 및 성명</p>

[법규36]

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

내 용
<p><b>제2조(실손해액)</b></p> <p>① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조 제1항제1호에 따른 실손해액은 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수액 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱하여 산출한 금액에 남자평균임금의 100일분에 해당하는 장례비를 더한 금액으로 한다. &lt;신설 1997.7.10, 2010.12.27&gt;</p> <p>② 영 제5조제1항제2호의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 신체상에 상해를 입은 경우에 그 상해를 치료함에 소요되는 모든 비용으로 한다. &lt;개정 1991.10.21, 1997.7.10&gt;</p>