

제일암보장 센스여성보험 약관

제 1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있으며, 계약자는 청약일 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약일 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 진단을 받지 아니하는 계약(이하 “무진단계약” 이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약” 이라 합니다)은 진단일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 교부합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

제 2조 【암의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병 사인분류의 기본분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(별표5 “악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 별표5의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(Basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 상기분류에서 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “여성특정암” 이라 함은 한국표준질병 사인분류의 기본분류에 있어서 별표6(여성특정암 분류표)에 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ③ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액 검사(hemic system)에 대한

현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보협자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 3조 【상피내암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(별표7 “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

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

제 4조 【입원의 정의와 장소】

이 계약의 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 암 또는 상피내암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원(한의원은 제외 합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5조 【계약의 효력】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때로부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때로부터

이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. [이하 제1회 보험료를 받은 날을 “책임개시일”이라 하며 책임개시일을 “보험계약일” (이하 “계약일”이라 합니다)로 봅니다]

② 회사가 청약서에 제1회 보험료를 받고 청약을 송낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 책임개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

③ 회사는 제2항의 규정에 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 책임을 지지 아니합니다.

1. 제16조(가입자의 고지의무)의 규정을 준용하여 회사가 책임을 지지 아니할 수 있는 경우

2. 제16조(가입자의 고지의무) 제1항의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

④ 계약 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 송낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 책임을 지지 아니합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 제2조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암 또는 제3조(상피내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내암의 진단확정에 의한 암사망보험금, 암과유보험금, 암임원급여금, 암수술급여금, 암통원급여금, 암요양급여금에 대하여는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 책임개시일로 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

⑥ 보험기간 중 피보험자가 사망 또는 별표4에서 정하는 “장해등급분류표” (이하 “장해분류표”라 합니다) 중 제1급의 장해상태로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제 6조 【회사가 제작한 보험안내장 등의 효력】

보험을 모집한 자(이하 “모집인 등” 이라 합니다)가 모집과정에서 사용한 회사(지점, 영업소 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(서류, 사진, 도화 등 모든 안내자료 포함) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 7조 【계약 불성립시의 보험료의 반환】

① 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리고, 계약자가 청약을 철회한 때에는 3일 이내에 그 보험료를 돌려드립니다.

② 계약자가 청약을 철회한 경우에는 제1항의 반환기일의 다음날로부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율로, 회사가 청약에 대한 승낙을 거절한 경우에는 보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제 8조 【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

② 회사가 제1항에서 정한 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제 9조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(이하 “수익자” 라 함

니다)를 지정하지 아니한 때에는, 수익자를 제12조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 내지 제3호의 경우는 계약자로 하고 동조 동항 제4호 내지 제12호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제 10조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 11조 【계약의 무효】

- ① 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
 1. 피보험자가 계약일로부터 과거 5년 이내 또는 계약일로부터 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 암에 대한 책임개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우(이 경우에는 계약자 또는 피보험자가 그 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 불문합니다)
 2. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약 체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
 3. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 제1항 제1호의 경우에는 다음과 같이 적용합니다.
 1. 계약일로부터 과거 5년 이내에 해당 피보험자가 암

으로 진단 확정된 사실을 계약자 또는 피보험자가 알고 있는 경우에는 이미 납입한 보험료도 돌려 드리지 않습니다.

2. 계약일 이후에 해당 피보험자가 암으로 진단이 확정되고 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 암에 대한 책임개시일의 전일 이전에 그 암으로 인하여 사망하거나 장애분류표 중 제1급의 장애상태가 되었을 때에는 일반사망보험금을 지급하여 드립니다.

제 12조 【보험금의 지급사유】

① 회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 매 3년마다 계약해당일에 살아 있을 때 : 암 예방자금 지급
2. 피보험자가 계약일로부터 매 5년마다 계약해당일에 살아 있거나 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 선행개발자금 지급
3. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 스위트홈 설계자금 지급
4. 피보험자가 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 암에 대한 책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 하여 사망하였거나 장애분류표 중 제1급의 장애상태가 되었을 때 : 암사망보험금 지급
5. 피보험자가 별표3(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망하였거나 장애분류표 중 제1급의 장애상태가 되었을 때 : 재해사망보험금 지급
6. 보험기간 중 피보험자가 암 또는 재해 이외의 원인으로 사망하였거나 장애분류표 중 제1급의 장애상태가 되었을 때 또는 계약일 이후에 암으로 진단이 확정되고 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 암에 대한 책임개시일의 전일 이전에 그 암으로 인하여 사망하였거나 장애분류표 중 제1급의 장애상태가

- 되었을 때 : 일반사망보험금 지급
7. 피보험자가 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초의 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 쾌유보험금 지급(암 및 상피내암 각각 1회에 한함)
 8. 피보험자가 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접 목적으로 하여 4월 이상 계속하여 입원(단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하였을 때 : 암입원급여금 지급
 9. 피보험자가 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 암수술급여금 지급
 10. 피보험자가 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접 목적으로 하여 통원하였을 때 : 암통원급여금 지급
 11. 피보험자가 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접 목적으로 하여 31일 이상 계속하여 입원한 후 사망 이외의 원인으로 퇴원하였을 때 : 암요양급여금 지급
 12. 피보험자가 재해로 인하여 장애분류표 중 제2급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 : 장애급여금 지급
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 암으로 진단이 확정되거나 장애분류표 중 제2급 또는 제3급의 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 제1항 제5호 및 제6호의 경우 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함합니다

다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 제1항 제7호의 경우 암폐유보험금은 암 및 상피내암 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다. 그러나, 여성특정암 이외의 암으로 진단이 확정된 이후 새로이 여성특정암으로 진단이 확정되었을 때에는 여성특정암에 해당하는 암폐유보험금과 이미 지급한 암폐유보험금과의 차액을 추가로 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 사망하고 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 제7호의 암폐유보험금을 추가로 지급합니다. 단, 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑥ 제1항 제8호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 암입원급여금을 계속 지급합니다.

⑦ 제1항 제9호의 경우 피보험자가 동시에 2종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1종류의 수술에 대하여만 암수술급여금을 지급합니다.

⑧ 제1항 제11호의 경우 동일질병의 치료를 목적으로 180일 이내에 재입원하여 다시 퇴원하였을 경우에는 암요양급여금을 지급하지 아니합니다.

⑨ 제1항 제5호, 제12호 및 제2항의 경우 장애상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애상태의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애등급을 결정합니다.

⑩ 제1항 제12호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두 증목 이상의 장애를 입었을 경우에는 그 각각

에 해당하는 장해급여금을 수익자에게 드립니다. 그러나 그 장해상태가 신체의 동일부위에서 발생한 경우에는 최상위의 등급에 해당하는 장해급여금만을 드립니다.

⑩ 제10항에 규정한 장해급여금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그때마다 이에 해당하는 장해급여금을 수익자에게 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금을 지급 받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급한 장해급여금을 공제한 잔액을 드립니다.

⑪ 제10항에 있어서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또 다시 제11항에 규정하는 장해의 상태가 발생되었을 때에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대하여는 이미 장해급여금이 지급된 것으로 보고 제11항 후단의 규정을 적용합니다.

1. 이 보험의 책임개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해

2. 제1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑫ 제1항 또는 제2항의 규정에 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인하여 제1항 제5호, 제12호 또는 제2항의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.

제13조 【배당금의 지급】

회사는 금융감독원장이 인가하는 방법에 따라 계약자에게 배당금을 드립니다.

제14조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하

거나 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우와 계약의 책임개시일(부활계약의 경우는 부활청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표 중 제1급의 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 수익자에게 드립니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 드립니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제 15조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나 장애분류표 중 제1급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 드리며 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제 16조 【가입자의 고지의무】

① 계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “고지의무”라 합니다) 합니다. 그러나 의료법 제3조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한

건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

② 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치는 제1항의 고지의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지할 수 있습니다.

그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

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

③ 제2항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약한 금액 또는 이미 납입한 보험료(이미 지급한 암예방자금 또는 센스개발자금이 있을 경우 이미 납입한 보험료에서 암예방자금 또는 센스개발자금을 공제한 잔액) 중 많은 금액을 지급합니다.

다만, 피보험자의 암진단 확정 후 암진단 확정과 인과관계가 없는 고지의무 위반으로 계약이 해지된 경우에는 암진단 확정일로부터 180일 이내에 피보험자가 그 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 장해분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때에 한하여 그 때까지 발생한 암으로 인한 해당보험금을 지급하여 드리며, 이 경우 계약해지시 이미 지급한 금액은 공제합니다.

④ 제2항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종(청약서상의 승낙거절

직업 또는 직종 제외)에 관한 고지의무를 위반하여 회사가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다.

⑤ 제1항의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당보험금을 드립니다.

제 17조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년) 이상 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나, 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일로부터 5년 이내(사기 사실을 안 날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 18조 【보험료의 납입】

① 제2회 이후의 보험료는 납입기간 중 계약자가 납입 기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사가 발행한 영수증을 받아야 합니다. 단, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

② 계약자가 보험료 납입기간 중 문서로 보험료의 납입방법, 수급방법 및 납입기간의 변경을 요구할 경우에는 회사는 그 방법을 변경하여 드립니다.

제 19조 【보험금 지급사유의 발생통지】

수익자는 제12조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제20조 【주소변경 통지】

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항의 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제21조 【보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일로부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일로부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
- ③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고기간 안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약이 해지됨을 납입최고기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려주어야 합니다.

제22조 【해지계약의 부활】

- ① 제21조(보험료의 납입 연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 부활되는 계약의 책임개시, 승낙거절시의 보험료 반환 및 고지의무는 제1조(보험계약의 성립) 제3항, 제5조(계약의 효력), 제7조(계약 불성립시의 보험료의 반환) 및 제16조(가입자의 고지의무)의 규정을 준용합니다.

제23조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고 증명서 (사망진단서, 장해진단서, 암진단확인서, 상피내암 진단확인서, 입원증명서, 수술증명서, 퇴원증명서, 통원증명서 등)
 3. 보험증권
 4. 주민등록증 제시 (본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
 5. 기타, 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

제24조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제23조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정

한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드리거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 드립니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제16조(가입자의 고지의무)와 관련하여 의료기관 등에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

④ 이 약관에 의한 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계산합니다. (별표2 “해약환급금 예시표” 참조)

⑤ 회사는 암예방자금, 센스개발자금 또는 스위트홈 설계자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 알려드립니다.

⑥ 암예방자금, 센스개발자금, 스위트홈 설계자금 및 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음날로부터 제1항의 규정에 의한 지급기일까지의 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제25조 【보험금 수령방법의 선택】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에 정한 바에 따라 제12조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호 내지 제6호의 규정에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 제24조(보험금 등의 지급) 규정에 의한 일시금으로 지급 받는 이외에 다른 지급방법을 선택 할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 규정에 따라 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)의 요청에 의하여 그 지급방법을 변경한 때에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율+

1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제26조 【계약내용의 변경】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험가입금액
4. 계약자 또는 수익자
5. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 책임개시일로부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제3호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(보험금 등의 지급) 제4항에 따라 이를 계약자에게 드립니다.

④ 계약자가 제1항 제4호 중 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제27조 【계약자의 임의 해지】

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

제28조 【약관대출】

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

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 약관대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다.

③ 회사가 약관대출이자의 납입지연 등을 이유로 약관

대출 대상계약을 해지하고자 하는 경우에는 해지 10일 전까지 계약자에게 그 내용을 서면으로 통지하여야 합니다.

제29조 【계약내용의 교환】

회사는 계약자의 동의를 받아 다음의 사항을 다른 회사에 제공할 수 있습니다.

1. 계약자·피보험자 및 수익자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목
3. 보험가입금액, 보험금과 각종 급부금의 금액 및 지급사유

제30조 【회사의 손해배상책임】

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

제31조 【분쟁의 조정】

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

제32조 【관할법원】

이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의에 의하여 관할법원을 따로 정할 수 있습니다.

제33조 【예금보험기금에 의한 지급보장】

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

제34조 【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

(별표1) **보험금 지급기준표**

(기준 : 계약보험가입금액 3,000만원)

① 암예방자금 (약관 제12조 제1항 제1호)

지급사유	지급액
피보험자가 계약일로부터 매 3년마다 계약해당일에 살아있을 때 (만기시는 제외)	매 3년마다 30만원

② 센스개발자금 (약관 제12조 제1항 제2호)

지급사유	지급액
피보험자가 계약일로부터 매 5년마다 계약해당일에 살아 있을 때 (만기시는 제외)	매 5년마다 50만원
피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	100만원

③ 스위트홈 설계자금 (약관 제12조 제1항 제3호)

지급사유	지급액
피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	1,000만원

④ 암사망보험금 (약관 제12조 제1항 제4호)

지 급 사 유	지 급 액
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 암에 대한 책입개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 하여 사망하였거나 장해분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때	<ul style="list-style-type: none"> ● 여성특정암 : 4,500만원 ● 여성특정암 이외의 암 : 3,000만원

⑤ 재해사망보험금 (약관 제12조 제1항 제5호)

지 급 사 유	지 급 액
보험기간 중 피보험자가 재해로 인하여 사망하였거나 장해분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때	3,000만원

⑥ 일반사망보험금 (약관 제12조 제1항 제6호)

지급 사유	경과 기간	지급액
보험기간 중 피보험자가 암 또는 재해 이외의 원인으로 사망하였거나 장해분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때	만2년 미만	300만원 + 이미 납입한 보험료
	만2년 이상	3,000만원
보험기간 중 피보험자가 계약일 이후에 암으로 진단이 확정되고 제5조(계약의 효력) 제5항에서 정한 암에 대한 책임개시일의 전일 이전에 그 암으로 인하여 사망하였거나 장해분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때		300만원 + 이미 납입한 보험료

⑦ 암폐유보험금 (약관 제12조 제1항 제7호)

지급 사유	지급액
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때	1회에 한하여 · 여성특정암 : 1,500만원 · 여성특정암 이외의 암 : 1,000만원 (단, 여성특정암 이외의 암으로 암폐유보험금을 지급 받은 이후 새로이 여성특정암으로 진단이 확정되었을 때에는 500만원 추가 지급)
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초의 상피내암으로 진단이 확정되었을 때	1회에 한하여 400만원

⑧ 암입원급여금 (약관 제12조 제1항 제8호)

지급 사유	지급액
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일 초과 입원 일수 1일당 10만원

⑨ 암수술급여금 (약관 제12조 제1항 제9호)

지 급 사 유	지 급 액
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때	수술 1회당 <ul style="list-style-type: none"> · 여성특정암 : 450만원 · 여성특정암 이외의 암 : 300만원
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단이 확정되고, 그 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때	수술 1회당 120만원

⑩ 암통원급여금 (약관 제12조 제1항 제10호)

지 급 사 유	지 급 액
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을 때	통원 1회당 3만원

⑪ 암요양급여금 (약관 제12조 제1항 제11호)

지 급 사 유	지 급 액
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 31일 이상 계속하여 입원 후 사망이외의 원인으로 퇴원하였을 때	퇴원 1회당 100만원
보험기간 중 피보험자가 제5조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단이 확정되고, 그 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 31일 이상 계속하여 입원 후 사망이외의 원인으로 퇴원하였을 때	퇴원 1회당 40만원

⑫ 장애급여금 (약관 제12조 제1항 제12호)

지 급 사 유	지 급 액	
보험기간 중 피보험자가 재해로 인하여 장애분류표 중 제2급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때	재해 제2급	2,100만원
	재해 제3급	1,500만원
	재해 제4급	900만원
	재해 제5급	450만원
	재해 제6급	300만원

(별표2) **해약환급금 예시표**

계약보험가입금액 : 10만원
 가입연령 : 40세
 납입기간 : 전기납
 납입방법 : 월납

경과 기간	7년 만기		10년 만기	
	납입 보험료	해약 환급금	납입 보험료	해약 환급금
1년	5,676	2,737	4,008	1,052
3년	17,028	13,912	12,024	8,493
5년	28,380	25,419	20,040	16,227
7년	39,732	만기	28,056	22,747
10년	-	-	40,080	만기

경과 기간	15년 만기		20년 만기	
	납입 보험료	해약 환급금	납입 보험료	해약 환급금
1년	2,844	0	2,376	0
3년	8,532	4,960	7,128	3,532
5년	14,220	9,872	11,880	7,304
7년	19,908	13,125	16,632	9,236
10년	28,440	21,134	23,760	14,856
15년	42,660	만기	35,640	24,967
20년	-	-	47,520	만기

주) 상기 해약환급금에는 암예방자금 및 센스개발자금이 포함된 금액입니다.

(별표3) **재 해 분 류 표**

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

* 이 분류는 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1. 1. 시행) 중 “질병이환 및 사망의 원인”에 의한 것임.

분 류 항 목

분 류 항 목	분류번호
1. 운수사고에서 다친 보행인	V01 - V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10 - V19
3. 운수사고에서 다친 모터사이클 탑승자	V20 - V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차량의 탑승자	V30 - V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40 - V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴 탑승자	V50 - V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차 탑승자	V60 - V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70 - V79
9. 기타 육상운수 사고 (철도사고 포함)	V80 - V89
10. 수상 운수사고	V90 - V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95 - V97
12. 기타 및 상세불명의 운수사고	V98 - V99
13. 추락	W00 - W19

분 류 향 목	분류번호
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20 - W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50 - W64
16. 불의의 익수	W65 - W74
17. 기타 불의의 호흡 위협	W75 - W84
18. 전류, 방사선 및 극순환 기온 및 압력에 노출	W85 - W99
19. 연기, 불 및 화염에 노출	X00 - X09
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10 - X19
21. 유독성 동물 및 식물과 접촉	X20 - X29
22. 자연의 힘에 노출	X30 - X39
23. 유독물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40 - X49
24. 기타 및 상세불명의 요인에 불의의 노출	X58 - X59
25. 가해	X85 - Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10 - Y34
27. 법적개입 및 전쟁행위	Y35 - Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질	Y40 - Y59
29. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난	Y60 - Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70 - Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게한 외과적 및 내과적 처치	Y83 - Y84
32. 전염병 예방법 제2조 제1항 제1종에 규정한 질병	

※ 제외사항

- “약물 및 의약품에 의한 불의의 중독” 중 외용약 또는 약물 접촉에 의한 알레르기 피부염 (L233)
- “기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독” 중 한국표준진병사인분류상 A00 ~ R99에 분류가 가능한 것
- “외과적 및 내과적 치료중 환자의 제난” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
- “자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- “익수, 질식 및 이물체에 의한 불의의 사고” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- “기타 불의의 사고” 중 파로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
- “법적 개입” 중 치형 (Y355)

(별표4) 장 해 등 급 분 류 표

등 급	신 체 장 해
제1급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능을 완전 영구히 잃었을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 5. 두팔의 손목이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 두다리의 발목이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리의 발목이상을 잃었을 때 8. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한다리의 발목이상을 잃고, 한팔을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때
제2급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시간호를 받아야 할 때 2. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 3. 한팔 및 한다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 10손가락을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 5. 한 팔 또는 한다리 중에서 제3급의 2 내지 7종의 신체장애가 생기고 다른 한팔 또는 한다리 중에서 제3급의 2 내지 7종 또는 제4급의 5 내지 11종에서 신체장애가 발생 되었을 때 6. 두귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때

등급	신 체 장 해
제3급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한눈의 시력을 영구히 잃었을 때 2. 한팔의 손목이상을 잃었을 때 3. 한팔 또는 한팔의 3대관절중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 한다리의 발목이상을 잃었을 때 5. 한다리 또는 한다리의 3대관절중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한손의 5손가락을 잃었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 4손가락을 잃었을 때 8. 10발가락을 잃었을 때 9. 척추에 고도의 기형 또는 고도의 운동장애를 영구히 남겼을 때(추가관탈출증은 제외) 10. 한팔 또는 한다리중 제4급의 5 또는 6의 신체장해가 있고 다른 한팔 또는 한다리중 제4급의 5 또는 6의 신체장해가 발생하였을 때
제4급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두눈의 시력에 각각 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었을 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었거나, 양쪽 고환을 잃었을 때 5. 한팔의 3대관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한다리의 3대관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한다리가 영구히 5cm 이상 단축되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 잃었을 때 9. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 잃었을 때

등 급	신 체 장 해
제4급	<ul style="list-style-type: none"> 10. 한손의 5손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 3손가락이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 12. 10발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 13. 한발의 5발가락을 잃었을 때 14. 한귀의 청력을 영구히 잃고 다른 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 15. 척추에 중도의 기형 또는 중도의 운동장애를 영구히 남겼을 때(추간판탈출증은 제외) 16. 고도의 추간판탈출증
제5급	<ul style="list-style-type: none"> 1. 비장 또는 한쪽의 신장을 상실한 때 2. 한팔의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한다리의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 잃었을 때 5. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 2손가락을 잃었을 때 6. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 3손가락을 잃었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한발의 5발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 10. 한발의 첫째발가락을 포함하여 2발가락 내지 4발가락을 잃었을 때 11. 두귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때

등 급	신 체 장 해
제5급	12. 한귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때 13. 코가 결손되거나 또는 그 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 14. 척추에 경도의 기형 또는 경도의 운동장애를 영구히 남겼을 때(추간관탈출증은 제외) 15. 두부 및 안면부에 현저한 추상을 남겼을 때 16. 중도의 추간관탈출증
제6급	1. 한눈의 시력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한다리가 영구히 3cm 이상 5cm미만 단축 되었을 때 5. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 2손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 2손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 이외의 1손가락 또는 2손가락을 잃었을 때 9. 한발의 첫째발가락 또는 다른 4발가락을 잃었을 때 10. 한발의 첫째발가락을 포함하여 3발가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한귀의 청력에 뚜렷한 장애를 남겼을 때 12. 두부 및 안면부에 추상을 남겼을 때 13. 성기능에 영구적으로 장애가 남았을 때 14. 경도의 추간관탈출증

(장애등급분류해설)

1. 장애의 정의 및 평가기준

가. 장애의 정의

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

나. 평가기준

- 장애의 평가시 하나의 장애가 두 개이상의 등급분류에 해당되는 경우에는 그 중 상위 등급을 적용한다.

- 신체의 제관절 운동의 정상 각도는 미국의사협회(A.M.A)의 영구적 신체장애 평가지침(붙임 「신체의 제관절 정상각도」 참조, 이하 같다)에서 규정하는 기준을 따르며, 측정방법 또한 이에 따르도록 한다.

2. “일상생활 기본동작의 제한”

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

일상생활의 기본동작

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

3. “항상간호”

생명유지를 위한 일상생활의 기본적인 동작 중 (1)의 이동동작 제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목 중 2개 이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환 등으로 인하여 항상 타인의 수발에 전적으로 의존해야 하는 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나지 못하는 정도를 말한다.

4. “수시간호”

“수시간호”란 다음의 경우를 말한다.

- 1) 생명유지를 위한 일상생활의 기본적인 동작 중 (1)의 이동동작의 제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목 중 1개 이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환 등으로 수시로 타인의 수발이 반드시 필요한 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나

는 이동시 다인의 수발이나 보조수단(휠체어 등)이 반드시 필요한 정도를 말한다.

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

5. “시력을 잃은 것”

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

6. “시력의 뚜렷한 장애”

국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 되어 망막 또는 시신경 손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 시야장애, 굴절 장애, 안구운동 장애, 조절 장애, 복시 등은 이에 준하여 평가한다.

7. “말 또는 씹어먹는 기능을 잃은 것”

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

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

나. “씹어먹는 기능을 완전 영구히 잃은 것”

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

8. “말 또는 씹어먹는 기능의 뚜렷한 장애”

가. “말의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것”

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

나. “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것”

죽 또는 이에 준하는 음식 이외의 것은 섭취

할 수 없는 상태로서 그 회복이 불가능한 경우를 말한다

9. “청력을 완전 영구히 잃은 것”

주파수 500, 1000, 2000, 4000헬스의 경우에 청력 상실의 정도를 각각 a, b, c, d 데시벨(청력검사 단위)로 했을 때 $1/6(a+2b+2c+d)$ 의 값이 80데시벨(청력검사 단위)이상 (꺾전에 접하여도 큰소리를 듣지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

10. “청력의 뚜렷한 장애”

위의 방법에 따른 값이 60데시벨(청력검사단위) 이상(40cm이상의 거리에서 보통의 말소리를 해독하지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

11. “코의 결손과 뚜렷한 장애”

코뼈가 결손 되거나 또는 후각 기능을 잃고 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

12. “팔다리를 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

팔다리의 운동기능을 완전히 잃은 것을 말하며, 팔 다리의 완전운동 마비 또는 팔다리 각각의 3대 관절(팔은 어깨관절, 팔꿈치 관절, 손목, 다리는 골반 관절, 무릎, 발목)의 완전장직으로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다. 관절을 영구히 쓸 수 없는 경우(인공관절 포함)에도 이에 준한다.

13. “팔다리 관절의 뚜렷한 장애”

팔다리 각각의 3대관절의 운동방향이 AMA의 영구적 신체장애 평가지침에서 명시한 주운동방향을 기준으로 하여 1/2이하로 제한되거나, 한 관절의 운동 종류별 정상운동 범위에 대한 장애후 운동범위의 값에 비례치를 곱하여 산출한 각 값의 합 ($\sum \frac{\text{운동종류별 장애후 운동범위}}{\text{운동종류별 정상 운동범위}} \times \text{비례치}$)이 1/2이하로 제한된 경우와 고정장구의 장착을 수시로 필요로 하는 정도의 동요관절의 경우를 말한다.

14. “척추의 뚜렷한 기형 또는 운동장애”

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

가. “척추의 고도의 기형”

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

나. “척추의 중도의 기형”

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

다. “척추의 정도의 기형”

엑스선 사진에 척추의 골절등으로 인하여 나체상대에서 후만증 또는 측만(側灣) 변형이 있는 자를 말한다.

라. “척추의 고도의 운동장해”

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

마. “척추의 중도의 운동장해”

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

바. “척추의 정도의 운동장해”

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

15. “손가락의 장해”

가. “손가락을 잃은 것”

첫째손가락은 지절간관절(끝에서 첫째마디), 기타의 손가락은 근위지절간관절(끝에서 둘째마디) 이상을 잃은 것을 말한다.

나. “손가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

- 1) 첫째 손가락의 경우 지절간관절(끝에서 첫째마디) 하방의 1/2이상을 잃거나 또는 지절간관절 또는 중수지절관절(끝에서 마지막마디)이 생리적 운동 영역의 1/2이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
- 2) 기타 손가락의 경우 원위지절간관절(끝에서

첫째마디) 이상을 잃거나 또는 중수지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절관절(끝에서 둘째 마디)이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

16. “발가락의 장애”

가. “발가락을 잃은 것”

발가락 전부(첫째발가락의 경우 말절골 이상)를 잃은 것을 말한다.

나. “발가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

1) 첫째 발가락의 경우 지절관절(끝에서 첫째 마디) 하방의 1/2 이상을 잃거나 또는 지절관절 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디)이 생리적 운동 영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다

2) 기타 발가락의 경우 원위지절관절(끝에서 첫째마디) 이상을 잃거나 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절관절(끝에서 둘째 마디)이 생리적 운동영역의 1/2 이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

17. 두부 및 안면부의 추상

가. 현저한 추상

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

나. 추상

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

18. 성기능의 영구적 장애

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

19. 추간판탈출증

추간판탈출증, 팽윤, 파열 등은 의학적 임상증상과 특수검사(CT, MRI, 근전도 등) 소견이 일치하는 경우 그 증상을 인정하며, 수술여부에 관계

없이 운동장애는 인정하지 아니하고, 후유증상의 정도에 따라 다음과 같이 구분한다.

가. “고도의 추간판탈출증”

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

나. “중도의 추간판탈출증”

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

다 “경도의 추간판탈출증”

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

20. “신체의 동일부위”

가. 한팔에 대하여는 어깨관절이하(손가락, 손목 이하, 팔꿈치 이하, 어깨 이하)를 모두 동일부위라 한다.

나. 한다리에 대하여는 골반관절 이하(발가락, 발목 이하, 무릎 이하, 골반 이하)를 모두 동일부위라 한다.

다. 눈 또는 귀의 장애에 대하여는 두눈 또는 두귀를 각각 동일부위라 한다.

라. 척추에 대하여는 목뼈이하를 모두 동일부위라 한다.

마. 장애등급분류표 중 제1급의 5,6,7,8,9, 제2급의 3,4,5, 제3급의 8 또는 제4급의 12의 장애에 해당하는 경우는 두팔, 두다리, 한팔과 한다리, 10손가락 또는 발가락을 각각 동일부위라 한다.

21. “영구히”

“영구히”란 다음의 경우를 말한다.

가. 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우

나. 장래에 일정기간 경과 후 호전가능성의 유무를 확정할 수 없는 경우

다. 장래에 호전 가능성이 있다 하여도 장애 확정시점까지는 상당한 기간이 소요되는 경우

(붙임) **신체의 제관절 정상각도**

부위	관절의 종류	A M A 법		
		정상각도	정상운동범위	비례치 (%)
목부	전후굴	30 30	60	-
	좌우회전	40 40	80	-
	좌우회전	30 30	60	-
흉부	전후굴	90 30	120	-
	좌우회전	20 20	40	-
	좌우회전	30 30	60	-
어깨관절	신전(후방거상)	40	190	50%
	신전(전방거상)	150		
	내회전	40	130	20%
	외회전	90		
팔꿈치관절	신전	0 150	150	60%
	회내외	80 80	160	40%
팔목관절	신전	60 70	130	70%
	좌우회전	35 45	80	30%
대퇴관절	신전	30 100	130	33%
	내외회전	20 40	60	33%
	회내외	40 50	90	33%
무릎관절	신전	0 150	150	100%
발목관절	신전	20 40	60	70%
	내외회전	35 25	60	30%

- 주운동방향 : 부위별 비례치가 가장 큰 운동방향
- 정상각도 : 운동종류에 따른 가능 크기
- 정상운동범위 : 양방향에 의한 운동가능 범위
- 비례치 : 부위별 운동종류의 중요도

(별표5) 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 암은 제3차개정 한국표준질병 사인 분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

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

제4차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6) **여성특정암 분류표**

약관에 규정하는 “여성특정암”으로 분류되는 질병은 제 3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995.11 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C 50
2. 외음의 악성신생물	C 51
3. 질의 악성신생물	C 52
4. 자궁경의 악성신생물	C 53
5. 자궁체의 악성신생물	C 54
6. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C 55
7. 난소의 악성신생물	
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기	C 56
관의 악성신생물	C 57
9. 태반의 악성신생물	C 58

제4차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표7) **상피내의 신생물분류표**

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제 3차 개정 한국표준질병사인 분류(통계청 고시 제1993-3호 1995.11 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D 00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D 01
3. 중이 및 호흡기계의 상피내 암종	D 02
4. 상피내의 흑색종	D 03
5. 피부의 상피내 암종	D 04
6. 유방의 상피내 암종	D 05
7. 자궁경관의 상피내 암종	D 06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관 상피내 암종	D 07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D 09

제4차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내 암종 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

여성특정질병추가보장입원특약 약관

* 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당
보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

여성특정질병추가보장 입원특약 약관

제1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다.)
- ② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다
- ③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 관련하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원(한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조 【보험금의 지급사유】

- ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.
 1. 피보험자가 특약 보험기간 중 발병한 여성특정질병(별표3 “여성특정질병분류표” 참조, 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 계속하여 4일 이상 입원(단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하였을 때 · 암예방입원급여금 지급

2. 피보험자가 특약보험기간 중 발병한 여성특정질병 이외의 질병 또는 발생한 재해에 의한 상해(별표4 “질병 및 재해분류표” 참조. 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 계속하여 4일 이상 입원하였을 때 : 입원급여금 지급

② 제1항의 경우 암예방입원급여금 및 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 제2항의 경우 피보험자가 동일질병의 치료를 목적으로 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고, 제2항의 규정을 준용합니다. 그러나, 동일질병에 의한 입원이라도 암 예방입원급여금 또는 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일을 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정을 적용하여 암예방입원급여금 및 입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항 제2호의 규정에 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 별표5(재해분류표)에서 정하는 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인하여 제1항 제2호의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.

⑥ 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제4조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조 【보험료의 납입 연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

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

제6조 【해지특약의 부활】

- ① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 징약한 것으로 봅니다.

제7조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 입원증명서
 3. 보험증권
 4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
 5. 기타, 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 입원증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

제8조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제7조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 드립니다.

- ② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.
- ③ 이 특약에 의한 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계산합니다. (별표2 “해약환급금 예시표” 참조)
- ④ 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음날로부터 제1항의 규정에 의한 지급기일까지의 기간에 대하여 예정이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조 【특약 내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이를 계약자에게 드립니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제10조 【계약자의 임의 해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제11조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

(별표1) **보험금 지급기준표**

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

① 암예방 입원급여금 (약관 제3조 제1항 제1호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 특약 보험기간 중 발병한 여성특정질병의 치료를 직접 목적으로 계속하여 4일 이상 입원하였을 때	3일 초과 입원일수 1일당 2만원

② 입원급여금 (약관 제3조 제1항 제2호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 특약 보험기간 중 발병한 여성특정질병 이외의 질병 또는 발생한 재해에 의한 상해의 치료를 직접목적으로 계속하여 4일 이상 입원하였을 때	3일 초과 입원일수 1일당 1만원

(별표2) **해약환급금 예시표**

(기준 : 특약보험가입금액 10만원, 피보험자 40세, 전기월납)

구분	7년 만기		10년 만기	
	납입 보험료	해약 환급금	납입 보험료	해약 환급금
1년	324	121	336	45
3년	972	356	1,008	111
5년	1,620	580	1,680	139
7년	2,268	0	2,352	123
10년	-	-	3,360	0

구분	15년 만기		20년 만기	
	납입 보험료	해약 환급금	납입 보험료	해약 환급금
1년	360	68	384	89
3년	1,080	185	1,152	253
5년	1,800	273	1,920	394
7년	2,520	325	2,688	510
10년	3,600	328	3,840	627
15년	5,400	0	5,760	560
20년	-	-	7,680	0

(별표3) **여성특정질병 분류표**

약관에 규정하는 여성특정질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
“비뇨 생식기계의 질환” 중	
1. 유방의 장애	N 60 - N 64
2. 여성 골반내 장기의 염증성 질환	N 70 - N 77
3. 여성생식기의 비염증성 장애	N 80 - N 98
“임신, 출산 및 산욕” 중	
1. 유산된 임신	O 00 - O 08
2. 임신, 출산 및 산욕의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O 10 - O 16
3. 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애	O 20 - O 29
4. 태아와 양막강 및 가능한 분만 문제와 관련된 산모관리	O 30 - O 48
5. 진통 및 분만의 합병증	O 60 - O 75
6. 분만	O 80 - O 84
7. 주로 산욕기에 관련된 합병증	O 85 - O 92
8. 임신, 출산 및 산욕기에 합병되었지만 달리 분류될 수 있는 산모의 감염성 및 기생충성 질환	O 98
9. 임신, 출산 및 산욕기에 합병되었지만 달리 분류될 수 있는 기타 모성질환	O 99

제4차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

단체취급특약 약관

제 1 조 【단체취급특약의 적용범위】

이 단체 특별협약(이하 “단체취급특약”이라 합니다)은 보통보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 보통보험계약에 한하여 적용합니다.

1. 보통보험계약의 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다) 또는 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.
 - 가. 제1종 단체(급여관계 단체) : 단체의 소속원이 그 단체로부터 일정한 급여를 지급 받는 관공서, 국영기업체, 기업체 및 공장 등의 단체
 - 나. 제2종 단체(법정단체) : 제1종 단체에 해당되지 아니하는 단체로서 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 법인 또는 조합
2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일단체(이하 “단체”라 합니다)에 소속한 보통보험 계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 피보험자로 하는 보통보험계약의 피보험자수가 5인 이상 이어야 합니다.

제 2 조 【대표자의 선정】

대표자는 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자로 합니다.

제 3 조 【보험요율의 적용】

이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급 보험요율을 적용합니다.

제 4 조 【보험료의 납입】

- ① 보험료는 단체와 우리회사(이하 “회사”라 합니다)가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.
- ② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 교

부합니다. 다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별영수증을 발행할 수 있습니다.

제 5 조 【단체취급특약의 소멸】

① 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며 보통보험약관의 규정을 장래에 향하여 적용합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 소속단체를 탈퇴 하였을 때
2. 보험료를 일괄하여 납입하지 아니하였을 때
다만, 보험료 납입방법을 자동이체로 전환하여 보험료가 입금되었을 때는 일괄납입으로 간주합니다.
3. 제1조(단체취급특약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료 납입 인원수가 5명 미만으로 되고 그 후 6개월이 지나고도 5명 이상이 되지 아니하였을 때

② 제1항 제1호 또는 제2호의 경우에는 당해 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취급계약 전체에 대하여 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

③ 제1항의 규정에 의하여 이 단체취급특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 차회이후의 보험료는 보통보험계약에 의한 보험료를 납입하여야 합니다.

제 6 조 【보통보험 약관의 준용】

이 단체취급특약에 별도로 정하지 아니한 사항은 보통보험 약관의 규정을 따릅니다.

1 【 】
 (2) 가 가
 ((順延))

2 【 】
 1
 , ,
 .
 ,
 .

3 【 】
 가 가
 1, 2
 .
1. 2 () 1
2.

4 【 】
 .
 ,

1.

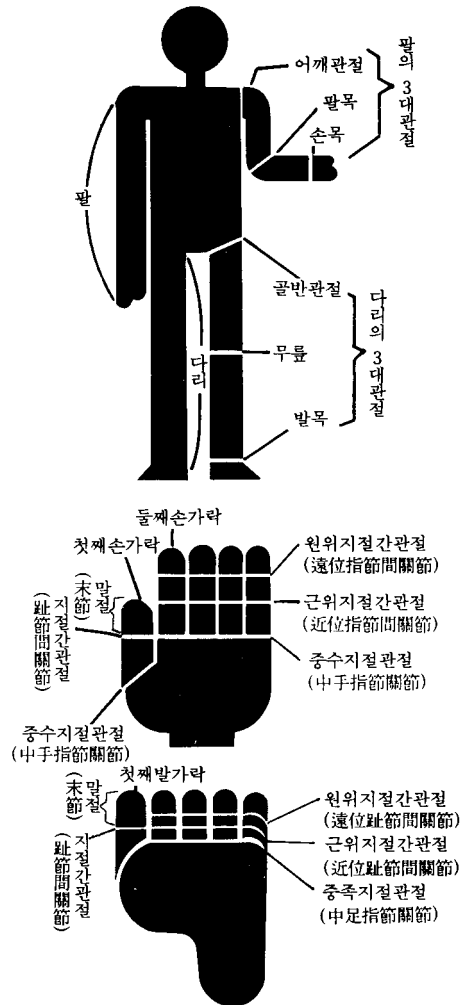
2.

가

5 【

】

신체부위의 설명도



* 신체부위의 설명은 장애등급 분류해설
14·15항 참조