

◆◆ 목 차 ◆◆

◆ 보험약관	
• 무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험Ⅱ(적립형) 약관	9
• 무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험Ⅱ(거치형) 약관	71
• 무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 보험료납입면제특약	105
• 무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 유자녀학자금보장특약	117
• 무배당 실손의료비보장특약(갱신형)	129
• 특별조건부인수특약	171
• 특별조건부특약	179
• 단체취급특약	185
◆ 신체부위의 설명도	189

가입자 유의사항

▶▶ 보험계약 관련 특히 유의할 사항 ◀◀

1. 보험계약 관련 유의사항

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등은 보험설계사에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 최초 보험료를 납입한 날로부터 10년이상 유지하는 경우에 한하여 보험차익(만기보험금 또는 해지환급금에서 이미 납입한 보험료를 차감한 금액)에 대한 이자소득세 비과세가 가능합니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.

2. 해지환급금에 관한 사항

- 보험계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 사업비 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지시에는 적립금에서 이미 지출한 사업비해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

▶▶ 보험금지급 관련 특히 유의할 사항 ◀◀

【주계약】

- ‘암’, ‘기타피부암’, ‘제자리암’, ‘갑상선암’, ‘경계성종양’은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 바늘을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.
☞ 본문에서 보장하지 않는 사례를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 피보험자(보험대상자)가 만15세 미만에 사망시 사망보험금을 지급하지 않습니다.

【실손의료비】

- 이 특약은 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 발생한 의료비 중 급여의 본인부담금과 비급여에 대해 일정부분을 보장해주는 보험이며, 약관상 보장 제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.
☞ 자세한 사항은 본문의 내용을 참고하시기 바랍니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 무배당 실손의료비보장특약(갱신형)의 보험기간은 3년 만기로, 최초가입 후 3년(다만, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지)마다 갱신을 통해 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 계약전 알릴 의무

- 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.
- 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

3. 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 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 임신상실자 또는 임신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 청약철회

- 보험계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화, 우편, 컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 청약 철회 시 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 보험료를 돌려드립니다.

5. 계약취소

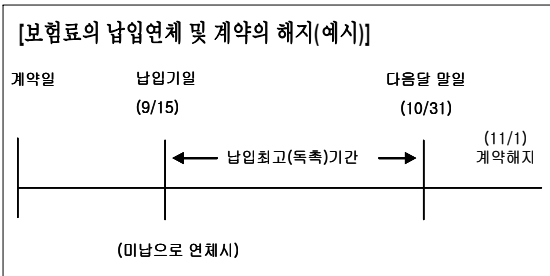
- 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약체결시 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 보험계약자가 보험료의 납입을 연체하는 경우 14일 (보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 보험료의 납입을 최고(독촉)하고, 그때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 계약이 해지됩니다.

※ 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입 기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지로 합니다.

(예시)



7. 계약의 소멸

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

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

보험용어 해설

◆ 보험약관

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호 간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

◆ 보험증권(보험가입증서)

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

◆ 보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

◆ 피보험자(보험대상자)

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

◆ 보험수익자(보험금을 받는 자)

보험사고 발생시 보험금의 청구권을 갖는 사람

◆ 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

◆ 보험금

피보험자(보험대상자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

◆ **보험기간**

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

◆ **보장개시일**

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

◆ **보험가입금액**

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

◆ **책임준비금**

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

◆ **해지환급금**

보험계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당

알리안츠자녀사랑드림플랜보험Ⅱ(적립형) 약관

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 약관 (적립형)

제1관 보험계약의 성립과 유지	12
제1조 【보험계약의 성립】	12
제2조 【계약의 체결 및 보험료】	12
제3조 【청약의 철회】	13
제4조 【용어의 정의】	13
제5조 【약관교부 및 설명의무 등】	14
제6조 【계약의 무효】	15
제7조 【계약내용의 변경 등】	15
제8조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】	16
제9조 【계약의 소멸】	16
제10조 【보험나이】	17
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	17
제11조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】	17
제12조 【제2회 이후 보험료의 납입】	18
제13조 【보험료의 납입 연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	18
제14조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】	19
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	19
제15조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】	19
제16조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정】	20
제17조 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】	20
제18조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】	20
제19조 【“조혈모세포이식”의 정의】	21
제20조 【“골절”의 정의 및 진단확정】	21
제21조 【“치아상실”의 정의】	22
제22조 【보험금의 종류 및 지급사유】	22
제23조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	23
제24조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	26
제25조 【공시이율의 적용 및 공시】	26
제26조 【해지환급금】	27
제27조 【배당금의 지급】	27
제28조 【소멸시효】	27

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등	27
제29조 【계약전 알릴의무】	27
제30조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】	28
제31조 【중대사유로 인한 해지】	29
제32조 【사기에 의한 계약】	30
제5관 보험금 지급 등의 절차	30
제33조 【주소변경 통지】	30
제34조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】	30
제35조 【대표자의 지정】	30
제36조 【보험금 지급사유의 발생통지】	31
제37조 【보험금 등 청구시 구비서류】	31
제38조 【보험금 등의 지급】	31
제39조 【보험금 받는 방법의 변경】	32
제40조 【계약내용의 교환】	33
제41조 【계약자적립금의 인출】	33
제42조 【보험계약대출】	33
제6관 분쟁조정 등	34
제43조 【분쟁의 조정】	34
제44조 【관할법원】	34
제45조 【약관의 해석】	34
제46조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】	34
제47조 【회사의 손해배상책임】	35
제48조 【회사의 파산선고와 해지】	35
제49조 【준거법】	35
제50조 【예금보험에 의한 지급보장】	35

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 약관 적립형

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 "보험계약"은 "계약", "보험계약자"는 "계약자", "보험회사"는 "회사"라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 "무진단 계약"이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약" 이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 "예정이율"이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제2조 【계약의 체결 및 보험료】

- ① 계약자는 다음에 정하는 보장계약과 적립계약을 동시에 체결하여야 합니다. (이하 "보장계약"과 "적립계약"을 합하여 "계약"이라 합니다)
 1. 보장계약
보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호 내지 제16호의 사유로 보험금을 지급받기 위한 계약
 2. 적립계약
제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 만기축하금, 제2호 내지 제5호의 입학자금 및 제6호의 어학연수자금을 지급 받기 위한 계약
- ② 계약자는 제1항에서 정하는 보장계약보험료와 적립계약보험료를

합하여 납입하여야 합니다. (이하 “보장계약보험료”와 “적립계약보험료”를 합하여 “보험료”라 합니다)

제3조 [청약의 철회]

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

제4조 [용어의 정의]

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1. “기본보험료”라 함은 보험계약 체결시 보험료 납입기간 동안 매월 계속 납입하기로 약정한 보험료를 말합니다.
2. “추가납입보험료”라 함은 계약일 1개월 경과 후부터 매년 연간 납입하기로 한 기본보험료의 200% 이내에서 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말하며, 다음에 정하는 한도 내에서 납입할 수 있습니다.
 - ㉠ 보험기간 중 납입할 수 있는 추가납입보험료의 최고 한도는 납입하기로 한 기본보험료 총액(기본보험료×12×보험료납입기간)의 200% 이내로 합니다.
 - ㉡ 1회 납입 가능한 금액은 10만원을 최소로 합니다.
 - ㉢ ‘㉠’에서 추가납입보험료의 한도는 시중금리에 따라 축소할 수 있으며, 납입한도를 축소하는 경우에는 국고채수익률(한국금융투자협회가 매일 공시하는 3년 만기 국고채권의 최종 호가수익률)이 이 계약의 최저보증이율(보험계약일부부터 경과기간이 10년 이하인 경우에는 연복리 2.5%, 10년 초과인 경과기간에 대하여는 연복리 2.0%) 이하로 하락하여 3개월 이상 계속 하회하는 경우에 한합니다.

㉔ 납입한도를 별도로 정하지 않을 경우에는 '㉑'의 한도를 적용합니다.

3. "기본보험료 계약자 적립금"이라 함은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 기본보험료에 대한 적립계약 순보험료를 공시이율로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
4. "추가납입보험료 계약자 적립금"이라 함은 "산출방법서"에서 정한 방법에 따라 추가납입보험료에 대한 적립계약 순보험료를 공시이율로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.

제5조 [약관교부 및 설명의무 등]

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가

동일한 계약의 경우

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

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료[제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금 및 어학연수자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조 【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료[제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금 및 어학연수자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】

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

제7조 【계약내용의 변경 등】

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

기재하여 드립니다.

1. 기본보험료
2. 계약자
3. 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제1호에 의하여 기본보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 비율만큼 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

이 경우 변경된 기본보험료가 변경이후의 기본보험료가 되며, 변경이후에는 이 변경된 기본보험료를 기준으로 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제5호의 입학자금 및 제6호의 어학연수자금을 지급합니다.

④ 계약자가 제2항에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제8조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제6조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조 【계약의 소멸】

보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 만 15세 미만에 사망한 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한 보험료[제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]와 계약자적립금 중 큰 금액을 지급합니다.

제10조 【보험나이】

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험 나이 계산 예시】

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

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체 납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 1. 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제29조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우, 다만 "재해분류표"(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 그러하지 아니합니다.

④ 청약서에 피보험자(보험대상자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제12조 【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제13조 【보험료의 납입 연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 이때, 계약체결시 또는 이후에 계약자가 알려준 주소로 납입최고서(납입안내장)를 발송하고, 납입최고서 도달여부와 관련하여서는 이 약관 제33조(주소변경 통지) 제2항에 따릅니다.

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제14조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 보험의 사업방법서에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제29조(계약전 알릴의무), 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제32조(사기에 의한 계약)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제15조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

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

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

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

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

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

제16조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외](별표4 참조)”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)) 및 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(일차성 및 상세포형 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암” 또는 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조 【“체자리암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “체자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 “체자리의 신생물 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 체자리암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “체자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제6차 개정 한국 표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “경계성종양 분류표”(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조 【“조혈모세포이식”의 정의】

이 계약에 있어서 “조혈모세포이식(Blood stem cell transplantation)”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

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

제20조 【“골절”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “골절”이라 함은 재해를 직접적인 원인으로 구조

상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로써 “골절분류표(치아과절 제외)(별표7 참조)”에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)을 말합니다.

② “골절”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사 제외) 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제21조 【 “치아상실” 의 정의】

이 계약에 있어서 “상실(喪失)”이란 우식증(齲蝕症) 또는 치주병(齒周病), 외상 등에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)한 경우를 말합니다. 다만, 아래의 원인으로 발거(拔去)하는 경우는 제외합니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거(拔去)하였거나 위치 이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거(拔去)한 경우
3. 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거(拔去)한 경우

제22조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금
2. 피보험자(보험대상자)가 7세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 (다만, 가입 후 1년이 지난 이후에 7세가 되었을 때) : 초등학교 입학자금
3. 피보험자(보험대상자)가 13세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 : 중학교 입학자금
4. 피보험자(보험대상자)가 16세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 : 고등학교 입학자금
5. 피보험자(보험대상자)가 19세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 : 대학교 입학자금
6. 피보험자(보험대상자)가 21세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 : 어학연수자금
7. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 만 15세 이후에 사망하였을 경우 : 사망보험금

8. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “장해 분류표(별표3 참조)”의 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 : 재해장해급여금
9. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 진단급여금 (최초 1회에 한함)
10. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단급여금(최초 1회에 한함)
11. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 : 제자리암 진단급여금(최초 1회에 한함)
12. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 : 갑상선암 진단급여금(최초 1회에 한함)
13. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단급여금(최초 1회에 한함)
14. 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 때 : 골절치료비
15. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 영구치아를 상실했을 때 : 치아치료비
16. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 조혈모세포이식수술을 받았을 때 : 조혈모세포이식 수술급여금(최초 1회 수술에 한함)

제23조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제2조(계약의 체결 및 보험료), 제9조(계약의 소멸) 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ② 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해 분류표에 장해 판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로

장해지급률을 결정합니다.

④ 제2항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑤ 제2항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용합니다.

⑥ 제2항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑦ 제2항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급받은 장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장애급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장애보험금이 지급되지 않았던 장애

⑪ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100% 한도로 합니다.

- ⑫ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제13호의 진단급여금은 암, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 또는 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.
- ⑬ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제14호의 경우 회사는 피보험자(보험대상자)가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절(복합 골절) 상태가 되더라도 골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료비를 지급하지 않습니다.
- ⑭ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제15호의 경우 가입당시의 영구치아고지서에 의한 건강한 영구치아 및 보장개시일 이후 돌출한 영구치아에 한하여 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 가입당시의 영구치아를 재해로 인하여 상실한 경우에는 영구치아 건강상태에 관계없이 보장을 합니다.
- ⑮ 피보험자(보험대상자)가 사망하고 그 후에 암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 기타피부암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제13호의 진단급여금 중 그 질병에 해당하는 진단급여금을 지급합니다.
- ⑯ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금의 지급은 보장하지 않습니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑱ 제17항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 이 약관 제13조(보험료 납입 연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑲ 이 약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제18항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑳ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ㉑ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제24조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
 - 가. 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
 - 나. 계약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

제25조 【공시이율의 적용 및 공시】

- ① 이 보험의 계약자적립금 산출시 적용하는 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율로 하며, 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감한 내부지표와 객관적인 시장금리를 반영한 외부지표를 고려하여 이 보험의 사업방법서가 정하는 바에 따라 결정합니다.
- ③ 이 보험의 공시이율은 보험계약일부터 10년 이하의 경과기간에 대하여는 연복리 2.5%, 10년을 초과하는 경과기간에 대하여는 연복리 2.0%를 최저한도로 합니다.

【최저보증이율】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 2.0%일 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2.0%)로 부리됩니다.

④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【공시이율】

전통적인 보험 상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 단점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

제26조 【해지환급금】

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

② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제27조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제28조 【소멸시효】

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

【소멸시효】

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제29조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을

반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지 의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약전 알릴의무】

상법 제651조(고지위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【사례】

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기 하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제30조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제29조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험

자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.

다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

- ② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제29조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제31조 【중대사유로 인한 해지】

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 사유
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제32조 【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 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 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제33조 【주소변경 통지】

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제34조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제6호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제7 내지 제16호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 하며, 피보험자(보험대상자)의 사망시는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 합니다.

제35조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 있는 곳이 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제36조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제37조 【보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[(사망진단서, 장해진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 골절진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 피보험자(보험대상자)의 가족관계기록사항에 관한 증명서 또는 주민등록등본
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제38조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제37조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해지환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제6호에 해당하는 만기축하금, 입학자금 및 어학연수자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표8> "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.

③ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유

조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제37조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제3항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

6. 제23조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

⑤ 제4항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

⑥ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

제39조 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자[보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자)]는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

제40조 【계약내용의 교환】

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

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

제41조 【계약자적립금의 인출】

① 계약자는 피보험자(보험대상자)가 21세가 되는 시점부터 만기 전일까지 보험연도 기준 년4회에 한하여 계약자적립금을 인출할 수 있으며, 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해지환급금(보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)의 50%를 초과할 수 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 추가납입보험료 적립금이 있을 경우에는 계약자는 피보험자(보험대상자)가 21세가 되기 전이라도 보험연도 기준 연 4회에 한하여 인출할 당시의 추가납입보험료 적립금의 한도내에서 인출할 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자적립금이 향후 위험보험료 등 계약을 유지하기 위한 최소한의 금액을 총당할 수 없는 경우에는 더 이상 인출할 수 없으며, 최초 납입일부터 10년이 경과하기 전의 총 인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(다만, 특약보험료는 제외)을 초과할 수 없습니다.

④ 1회당 인출 금액은 10만원 이상 1만원 단위로 합니다.

⑤ 회사는 인출시 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 적은 금액 이내에서 수수료를 정하며, 인출금액과 함께 계약자적립금에서 차감합니다.

⑥ 제1항에 의한 계약자적립금의 인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 인출하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료에 의한 계약자적립금에서 인출합니다.

제42조 【보험계약대출】

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러

나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제43조 【분쟁의 조정】

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

제44조 【관할법원】

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

제45조 【약관의 해석】

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제46조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제47조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 관계법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제48조 【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제49조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제50조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준: 1구좌 당]

■ 만기축하금 (약관 제22조 제1호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 이 계약의 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
지급 금액	만기 시점의 계약자적립금

■ 초등학교 입학자금 (약관 제22조 제2호)

지급 사유	가입 후 1년이 지난 이후에 피보험자(보험대상자)가 7세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 500%

■ 중학교 입학자금 (약관 제22조 제3호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 13세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 700%

■ 고등학교 입학자금 (약관 제22조 제4호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 16세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 1,000%

■ 대학교 입학자금 (약관 제22조 제5호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 19세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 2,000%

■ 어학연수자금 (약관 제22조 제6호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 21세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 3,000%

■ 사망보험금 (약관 제22조 제7호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 만 15세 이후에 사망하였을 때
지급 금액	1,000만원 + 사망 시점의 계약자 적립금

■ 재해장해급여금 (약관 제22조 제8호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 재해로 장애지급률이 3% 이상 100%에 해당하는 장애상태가 되었을 때
지급 금액	1,000만원 × 해당 장애지급률

■ 암진단급여금 (약관 제22조 제9호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 500만원 경과기간 2년 이상 : 1,000만원

■ 기타피부암 진단급여금 (약관 제22조 제10호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 100만원 경과기간 2년 이상 : 200만원

■ 제자리암진단급여금 (약관 제22조 제11호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 100만원 경과기간 2년 이상 : 200만원

■ 갑상선암진단급여금 (약관 제22조 제12호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 150만원 경과기간 2년 이상 : 300만원

■ 경계성종양진단급여금 (약관 제22조 제13호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 150만원 경과기간 2년 이상 : 300만원

■ 골절치료비 (약관 제22조 제14호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 때 (단, 치아파절 제외)
지급 금액	20만원 (골절 1회당)

■ 치아치료비 (약관 제22조 제15호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 영구치아를 상실했을 때(다만, 제3대구치 제외)
지급 금액	20만원 (영구치 1개당)

■ 조혈모세포이식 수술급여금(약관 제22조 제16호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 조혈모세포이식수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회 수술에 한함)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 250만원 경과기간 2년 이상 : 500만원

- (주) 1. 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 만 15세 미만에 사망한 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한 보험료[제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]와 계약자적립금 중 큰 금액을 지급합니다.

(별표2)

재해 분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적인 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기 관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주 () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

장애분류표

■ ■ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) "장애"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어 먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하

여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사 상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.

- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) "안구의 뚜렷한 운동장애"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) "안구의 뚜렷한 조절기능장애"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) "시야가 좁아진 때" 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.

- 8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
- 11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 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 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "약간의 장해를 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 1/2미만이고 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 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) "말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(口, 비, 프)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)

④ 후두음(ㅇ, ㅎ)

- 6) "말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) "말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 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 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 뚜렷한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체

(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태

6) 심한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간관을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간관 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간관 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변 부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장애 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우

나) "심한 장애"라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장애"라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) "약간의 장애"라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 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 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측

정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상 각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장해”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장해”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 장해”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 장해를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 (1손가락 마다)	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(1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로

로 명백한 경우를 말한다.

- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 $1/2$ 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동 영역을 합산하여 정상운동영역의 $1/2$ 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때 (1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 즉근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공 요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장

해로 인정하지 않는다.

- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강

박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 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) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌과이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 과행이 있는 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 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	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 계속적인 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%)
옷입고벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 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%)

(별표4)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주) 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 악성신생물(암) 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 악성신생물(암)이 있는 경우에는 그 악성신생물(암)도 포함하는 것으로 합니다.

2) 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)과 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호C73)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

3) 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호

D15.1, D32, D33)은 악성신생물(암)로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

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

(별표5)

제자리의 신생물 분류표

약관에 규정하는 “제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	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

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

경계성종양 분류표

약관에 규정하는 “경계성종양”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47(D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 1) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2) 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 '9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표7)

골절분류표(치아파절 제외)

약관에 규정하는 재해골절(치아파절 제외)은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 위팔의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위의 골절	S62
8. 대퇴골의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 여러 신체 부위의 골절	T02
12. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
13. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
14. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
15. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표8)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(제38조 제2항 관련)

■ 사망보험금, 재해장해급여금, 암진단급여금, 기타피부암 진단급여금, 제자리암 진단급여금, 갑상선암 진단급여금, 경계성종양 진단급여금, 골절치료비, 치아치료비 및 조혈모세포이식수술급여금(약관 제22조 제7호 내지 제16호)

부리 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

■ 만기축하금, 초등학교 입학자금, 중학교 입학자금, 고등학교 입학자금, 대학교 입학자금, 어학연수자금(약관 제22조 제1호 내지 제 6호)

부리 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간				
지급 이자	회사가 보험금의 지급 시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	공시이율			
	회사가 보험금의 지급 시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일까지의 기간	공시이율		
		보험기간 만기일의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	<table border="1"> <tr> <td>1년 이내</td> <td>공시이율의 50%</td> </tr> <tr> <td>1년 초과 기간</td> <td>1%</td> </tr> </table>	1년 이내	공시이율의 50%
1년 이내	공시이율의 50%				
1년 초과 기간	1%				

부리 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	공시이율 + 1%

부리 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

■ 해지환급금(약관 제26조 제1항)

부리 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구 일까지의 기간	
지급 이자	1년 이내	공시이율의 50%
	1년초과기간	1%

부리 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	공시이율 + 1%

부리 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

- (주) 1. 상기 공시이율은 약관 제25조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 공시이율로 하며 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 날부터 변경된 공시이율을 적용합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 약관 제28조(소멸 시효)에 의한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당

알리안츠자녀사랑드림플랜보험Ⅱ(거치형) 약관

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 약관 (거치형)

제1관 보험계약의 성립과 유지	74
제1조 【보험계약의 성립】	74
제2조 【계약의 체결 및 보험료】	74
제3조 【청약의 철회】	75
제4조 【용어의 정의】	75
제5조 【약관교부 및 설명의무 등】	76
제6조 【계약의 무효】	77
제7조 【계약내용의 변경 등】	77
제8조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】	78
제9조 【계약의 소멸】	78
제10조 【보험나이】	79
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	79
제11조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】	79
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	80
제12조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정】	80
제13조 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】	81
제14조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】	81
제15조 【“조혈모세포이식”의 정의】	81
제16조 【“골절”의 정의 및 진단확정】	82
제17조 【“치아상실”의 정의】	82
제18조 【보험금의 종류 및 지급사유】	82
제19조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	83
제20조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	86
제21조 【공시이율의 적용 및 공시】	86
제22조 【해지환급금】	87
제23조 【배당금의 지급】	87
제24조 【소멸시효】	87

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등	87
제25조 【계약전 알릴의무】	87
제26조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】	88
제27조 【중대사유로 인한 해지】	89
제28조 【사기에 의한 계약】	90
제5관 보험금 지급 등의 절차	90
제29조 【주소변경 통지】	90
제30조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】	90
제31조 【대표자의 지정】	90
제32조 【보험금 지급사유의 발생통지】	91
제33조 【보험금 등 청구시 구비서류】	91
제34조 【보험금 등의 지급】	91
제35조 【보험금 받는 방법의 변경】	92
제36조 【계약내용의 교환】	93
제37조 【계약자적립금의 인출】	93
제38조 【보험계약대출】	94
제6관 분쟁조정 등	94
제39조 【분쟁의 조정】	94
제40조 【관할법원】	94
제41조 【약관의 해석】	94
제42조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】	94
제43조 【회사의 손해배상책임】	95
제44조 【회사의 파산선고와 해지】	95
제45조 【준거법】	95
제46조 【예금보험에 의한 지급보장】	95

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 약관 (거치형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 "보험계약"은 "계약", "보험계약자"는 "계약자", "보험회사"는 "회사"라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 "무진단 계약"이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약" 이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 "예정이율"이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제2조 【계약의 체결 및 보험료】

- ① 계약자는 다음에 정하는 보장계약과 적립계약을 동시에 체결하여야 합니다. (이하 "보장계약"과 "적립계약"을 합하여 "계약"이라 합니다)
 1. 보장계약
보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호 내지 제16호의 사유로 보험금을 지급받기 위한 계약
 2. 적립계약
제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 만기축하금, 제2호 내지 제5호의 입학자금 및 제6호의 어학연수자금을 지급 받기 위한 계약
- ② 계약자는 제1항에서 정하는 보장계약보험료와 적립계약보험료를

합하여 납입하여야 합니다. (이하 “보장계약보험료”와 “적립계약보험료”를 합하여 “보험료”라 합니다)

제3조 【청약의 철회】

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

제4조 【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1. “기본보험료”라 함은 보험계약 체결시 납입하는 일시납보험료를 말합니다.
2. “추가납입보험료”라 함은 계약일 1개월 경과 후부터 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말하며, 다음에 정하는 한도 내에서 납입할 수 있습니다.
 - ㉠ 보험기간 중 납입할 수 있는 추가납입보험료의 최고 한도는 기본보험료의 200% 이내로 합니다.
 - ㉡ 1회 납입 가능한 금액은 10만원을 최소로 합니다.
 - ㉢ ‘㉠’에서 추가납입보험료의 한도는 시중금리에 따라 축소할 수 있으며, 납입한도를 축소하는 경우에는 국고채수익률(한국금융투자협회가 매일 공시하는 3년 만기 국고채권의 최종호가수익률)이 이 계약의 최저보증이율(보험계약일부터 경과기간이 10년 이하인 경우에는 연복리 2.5%, 10년 초과인 경과기간에 대하여는 연복리 2.0%)이하로 하락하여 3개월 이상 계속 하락하는 경우에 한합니다.
 - ㉣ 납입한도를 별도로 정하지 않을 경우에는 ‘㉠’의 한도를 적용합니다.

3. “기본보험료 계약자 적립금”이라 함은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 기본보험료에 대한 적립계약 순보험료를 공시이율로 납입일부터 일차계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
4. “추가납입보험료 계약자 적립금”이라 함은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 추가납입보험료에 대한 적립계약 순보험료를 공시이율로 납입일부터 일차계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.

제5조 [약관교부 및 설명의무 등]

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

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

는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료[제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금 및 어학연수자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조 【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료[제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금 및 어학연수자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】

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

제7조 【계약내용의 변경 등】

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

1. 기본보험료
2. 계약자

3. 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제1호에 의하여 기본보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 비율만큼 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

이 경우 변경된 기본보험료가 변경이후의 기본보험료가 되며, 변경이후에는 이 변경된 기본보험료를 기준으로 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제5호의 입학자금 및 제6호의 어학연수자금을 지급합니다.

④ 계약자가 제2항에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제8조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제6조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조 【계약의 소멸】

보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 만 15세 미만에 사망한 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한 보험료[제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]와 계약자적립금 중 큰 금액을 지급합니다.

제10조 【보험나이】

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험 나이 계산 예시】

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

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체 납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 1. 제26조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제25조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우, 다만 "재해분류표"(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 그러하지 아니합니다.

④ 청약서에 피보험자(보험대상자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제12조 【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표[기타피부암 및 갑상선암 제외](별표4 참조)”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)) 및 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “기타 피부의 악성신생물(암)(C44)”에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암” 또는 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 “제자리의 신생물 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제6차 개정 한국 표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “경계성종양 분류표”(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 【 “조혈모세포이식” 의 정의】

이 계약에 있어서 “조혈모세포이식(Blood stem cell transplantation)”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.

3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전 상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액 내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전 상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제16조 【“골절”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “골절”이라 함은 재해를 직접적인 원인으로 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로써 “골절분류표(치아과절 제외)(별표7 참조)”에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)을 말합니다.

② “골절”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사 제외) 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제17조 【“치아상실”의 정의】

이 계약에 있어서 “상실(喪失)”이란 우식증(齲蝕症) 또는 치주병(齒周病), 외상 등에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)한 경우를 말합니다. 다만, 아래의 원인으로 발거(拔去)하는 경우는 제외합니다.

1. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거(拔去)하였거나 위치 이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거(拔去)한 경우
3. 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거(拔去)한 경우

제18조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금
2. 피보험자(보험대상자)가 7세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때

(다만, 가입 후 1년이 지난 이후에 7세가 되었을 때) : 초등학교 입학자금

3. 피보험자(보험대상자)가 13세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 (다만, 가입 후 1년이 지난 이후에 13세가 되었을 때) : 중학교 입학자금
4. 피보험자(보험대상자)가 16세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 : 고등학교 입학자금
5. 피보험자(보험대상자)가 19세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 : 대학교 입학자금
6. 피보험자(보험대상자)가 21세가 되는 계약해당일에 살아 있을 때 : 어학연수자금
7. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 만 15세 이후에 사망하였을 때 : 사망보험금
8. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “장해 분류표(별표3 참조)”의 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 재해장해급여금
9. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 진단급여금 (최초 1회에 한함)
10. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단급여금(최초 1회에 한함)
11. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 : 제자리암 진단급여금(최초 1회에 한함)
12. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 : 갑상선암 진단급여금(최초 1회에 한함)
13. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단급여금(최초 1회에 한함)
14. 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 때 : 골절치료비
15. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 영구치아를 상실했을 때 : 치아치료비
16. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 조혈모세포이식수술을 받았을 때 : 조혈모세포이식 수술급여금(최초 1회 수술에 한함)

제19조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 제2조(계약의 체결 및 보험료), 제9조(계약의 소멸) 및 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재

해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

② 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해 판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제2항 및 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑤ 제2항 및 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용합니다.

⑥ 제2항 및 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑦ 제2항 및 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따

습니다.

⑩ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장애급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장애보험금이 지급되지 않았던 장애

⑪ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100% 한도로 합니다.

⑫ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제13호의 진단급여금은 암, 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 또는 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

⑬ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제14호의 경우 회사는 피보험자(보험대상자)가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절(복합 골절) 상태가 되더라도 골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료비를 지급하지 않습니다.

⑭ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제15호의 경우 가입당시의 영구치아고지서에 의한 건강한 영구치아 및 보장개시일 이후 돌출한 영구치아에 한하여 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 가입당시의 영구치아를 재해로 인하여 상실한 경우에는 영구치아 건강상태에 관계없이 보장을 합니다.

⑮ 피보험자(보험대상자)가 사망하고 그 후에 암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 기타피부암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호 내지 제13호의 진단급여금 중 그 질병에 해당하는 진단급여금을 지급합니다.

⑯ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금의 지급은 보장하지 않습니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후

에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑱ 장애분류표에 해당되지 아니하는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑲ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제20조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

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

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.

가. 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

제21조 【공시이율의 적용 및 공시】

① 이 보험의 계약자적립금 산출시 적용하는 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율로 하며, 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.

② 제1항의 공시이율은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감한 내부지표와 객관적인 시장금리를 반영한 외부지표를 고려하여 이 보험의 사업방법서가 정하는 바에 따라 결정합니다.

③ 이 보험의 공시이율은 보험계약일부터 10년 이하의 경과기간에 대하여는 연복리 2.5%, 10년을 초과하는 경과기간에 대하여는 연복리

2.0%를 최저한도로 합니다.

【최저보증이율】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 2.0%일 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2.0%)로 부리됩니다.

④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【공시이율】

전통적인 보험 상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 단점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

제22조 【해지환급금】

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

제23조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제24조 【소멸시효】

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

【소멸시효】

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제25조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건

강진단서 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약전 알릴의무】

상법 제651조(고지위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【사례】

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제26조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제25조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일로부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상

자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.

다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제25조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

⑥회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제27조 【중대사유로 인한 해지】

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

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제28조 【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기的事实에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제29조 【주소변경 통지】

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제30조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제6호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제7 내지 제16호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 하며, 피보험자(보험대상자)의 사망시는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 합니다.

제31조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 있는 곳이 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제32조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제33조 【보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 골절진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 피보험자(보험대상자)의 가족관계기록사항에 관한 증명서 또는 주민등록등본
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제34조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제33조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해지환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사는 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제6호에 해당하는 만기축하금, 입학자금 및 어학연수자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표8> "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.

③ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제26조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유

조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제33조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제3항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제19조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제19항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ⑤ 제4항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 "제3의 의사"는 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

제35조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자[보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자)]는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 보장계약 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 보장계약 예정이율을 연단위 복리로 할인한

금액을 지급합니다.

제36조 【계약내용의 교환】

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

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

제37조 【계약자적립금의 인출】

① 계약자는 피보험자(보험대상자)가 21세가 되는 시점부터 만기 전일까지 보험년도 기준 년4회에 한하여 계약자적립금을 인출할 수 있으며, 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해지환급금(보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해지환급금은 제외된 금액)의 50%를 초과할 수 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 추가납입보험료 적립금이 있을 경우에는 계약자는 피보험자(보험대상자)가 21세가 되기 전이라도 보험연도 기준 연 4회에 한하여 인출할 당시의 추가납입보험료 적립금의 한도내에서 인출할 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자적립금이 향후 위험보험료 등 계약을 유지하기 위한 최소한의 금액을 총당할 수 없는 경우에는 더 이상 인출할 수 없으며, 최초 납입일부터 10년이 경과하기 전의 총 인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(다만, 특약보험료는 제외)을 초과할 수 없습니다.

④ 1회당 인출 금액은 10만원 이상 1만원 단위로 합니다.

⑤ 회사는 인출시 인출금액의 0.2%와 2,000원중 적은 금액 이내에서 수수료를 정하며, 인출금액과 함께 계약자적립금에서 차감합니다.

⑥ 제1항에 의한 계약자적립금의 인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 인출하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료에 의한 계약자적립금에서 인출합니다.

제38조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제39조 【분쟁의 조정】

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

제40조 【관할법원】

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

제41조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제42조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의

내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제43조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여 관계법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제44조 【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제45조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제46조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준: 1구좌 당]

■ 만기축하금 (약관 제18조 제1호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 이 계약의 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
지급 금액	만기 시점의 계약자 적립금

■ 초등학교 입학자금 (약관 제18조 제2호)

지급 사유	가입 후 1년이 지난 이후에 피보험자(보험대상자)가 7세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 3%

■ 중학교 입학자금 (약관 제18조 제3호)

지급 사유	가입 후 1년이 지난 이후에 피보험자(보험대상자)가 13세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 4%

■ 고등학교 입학자금 (약관 제18조 제4호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 16세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 5%

■ 대학교 입학자금 (약관 제18조 제5호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 19세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 15%

■ 어학연수자금 (약관 제18조 제6호)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 21세의 계약해당일에 살아 있을 때
지급 금액	기본보험료의 20%

■ 사망보험금 (약관 제18조 제7호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 만 15세 이후에 사망하였을 때
지급 금액	1,000만원 + 사망 시점의 계약자 적립금

■ 재해장해급여금 (약관 제18조 제8호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 재해로 장해지급률이 3% 이상 100%에 해당하는 장애상태가 되었을 때
지급 금액	1,000만원 × 해당 장해지급률

■ 암진단급여금 (약관 제18조 제9호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 500만원 경과기간 2년 이상 : 1,000만원

■ 기타피부암 진단급여금 (약관 제18조 제10호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 100만원 경과기간 2년 이상 : 200만원

■ 제자리암진단급여금 (약관 제18조 제11호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 100만원 경과기간 2년 이상 : 200만원

■ 갑상선암진단급여금 (약관 제18조 제12호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 150만원 경과기간 2년 이상 : 300만원

■ 경계성종양진단급여금 (약관 제18조 제13호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 150만원 경과기간 2년 이상 : 300만원

■ 골절치료비 (약관 제18조 제14호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 때 (단, 치아파절 제외)
지급 금액	20만원 (골절 1회당)

■ 치아치료비 (약관 제18조 제15호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 영구치아를 상실했을 때(다만, 제3대구치 제외)
지급 금액	20만원 (영구치 1개당)

■ 조혈모세포이식 수술급여금(약관 제18조 제16호)

지급 사유	이 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 조혈모세포이식수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회 수술에 한함)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 250만원 경과기간 2년 이상 : 500만원

- (주) 1. 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 만 15세 미만에 사망한 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한 보험료[제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입학자금이 지급되었거나 계약자적립금의 인출이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액]와 계약자적립금 중 큰 금액을 지급합니다.

(별표2)

재해분류표

주계약(적립형)의 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해 분류표

주계약(적립형)의 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(기타피부암 및 갑상선암 제외)

주계약(적립형)의 약관의 별표4(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표)와 동일

(별표5)

제자리의 신생물 분류표

주계약(적립형)의 약관의 별표5(제자리의 신생물 분류표)와 동일

(별표6)

경계성종양 분류표

주계약(적립형)의 약관의 별표6(경계성종양 분류표)와 동일

(별표7)

골절분류표(치아파절 제외)

주계약(적립형)의 약관의 별표7(골절분류표(치아파절 제외))와 동일

(별표8)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(제34조 제2항 관련)

■ 사망보험금, 재해장해급여금, 암진단급여금, 기타피부암 진단급여금, 제자리암 진단급여금, 갑상선암 진단급여금, 경계성종양 진단급여금, 골절치료비, 치아치료비 및 조혈모세포이식수술급여금(약관 제18조 제7호 내지 제16호)

부리 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

■ 만기축하금, 초등학교 입학자금, 중학교 입학자금, 고등학교 입학자금, 대학교 입학자금 및 어학연수자금(약관 제18조 제1호 내지 제6호)

부리 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간				
지급 이자	회사가 보험금의 지급 시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	공시이율			
	회사가 보험금의 지급 시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일까지의 기간	공시이율		
		보험기간 만기일의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	<table border="1"> <tr> <td>1년 이내</td> <td>공시이율의 50%</td> </tr> <tr> <td>1년 초과 기간</td> <td>1%</td> </tr> </table>	1년 이내	공시이율의 50%
1년 이내	공시이율의 50%				
1년 초과 기간	1%				

부리 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	공시이율 + 1%

부리 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

■ 해지환급금(약관 제22조 제1항)

부리 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구 일까지의 기간	
지급 이자	1년 이내	공시이율의 50%
	1년초과기간	1%

부리 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	공시이율 + 1%

부리 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

- (주) 1. 상기 공시이율은 약관 제21조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 공시이율로 하며 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 날부터 변경된 공시이율을 적용합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 약관 제24조(소멸 시효)에 의한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험
보험료납입면제특약

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 보험료납입면제특약

제1관 특약의 성립 및 유지	107
제 1조 【특약의 체결 및 효력】	107
제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】	107
제 3조 【특약의 무효】	107
제 4조 【특약 내용의 변경 등】	108
제 5조 【계약자의 임의해지 및 피보험 자(보험대상자)의 서면동의 철회권】	108
제 6조 【특약의 보험기간】	108
제 7조 【특약의 소멸】	109
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	109
제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	109
제 9조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】	109
제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	109
제3관 보험료의 납입면제(회사의 주된 의무)	110
제11조 【보험료 납입면제 사유】	110
제12조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】	110
제13조 【보험료 납입을 면제하지 아니하는 보험사고】	112
제14조 【해지환급금】	112
제4관 보험료 납입면제 등의 절차	112
제15조 【보험료 납입면제 사유의 발생통지】	112
제16조 【보험료 납입면제 등 청구시 구비서류】	112
제17조 【보험료의 납입면제 등】	113
제5관 기타사항	114
제18조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】	114

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 보험료납입면제특약

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조 【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 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일 합니다.

제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피보험자(주된 보험대상자)와 종피보험자(확장 보험대상자)로 구성됩니다. 이 경우에 주피보험자(주된 보험대상자) 및 종피보험자(확장 보험대상자)는 다음에 정한 자로 합니다.[이하 주피보험자(주된 보험대상자)와 종피보험자(확장 보험대상자)를 합하여 “피보험자(보험대상자)”라 합니다.]

1. 주피보험자(주된 보험대상자) : 보험증권(보험가입증서)상에 주피보험자(주된 보험대상자)로 등록된 자
2. 종피보험자(확장 보험대상자) : 보험증권(보험가입증서)상의 계약자

제 3조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약 체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 특약 체결시 이 특약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발

견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】

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

제 4조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제14조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제 사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제14조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제11조(보험료 납입면제 사유)에서 정하는 보험료 납입면제 사유가 발생한 이후에는 해지할 수 없습니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제3조(특약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제14조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간으로 합니다.

제 7조 【특약의 소멸】

제2조(피보험자(보험대상자)의 범위) 제1호에서 정한 주피보험자(주된 보험대상자)가 사망하거나 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 주피보험자(주된 보험대상자)가 만15세 미만 에 사망하였을 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한보험료 전액을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 9조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간(이하 “납입최고(독촉)기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제 10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험료 납입면제(회사의 주된 의무)

제 11조 【보험료 납입면제 사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2조[피보험자(보험대상자)의 범위]에서 정한 종피보험자(확장 보험대상자)가 사망하거나 장애분류표(별표 2 참조) 중 재해분류표(별표1 참조)에서 정하는 동일한 재해(이하 “재해”라고 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되고, 주피보험자(주된 보험대상자)가 살아있을 때에는 이 특약을 포함하여 납입해야 할 주계약 및 주계약에 부가된 특약(다만, 갱신부 특약은 제외)의 차회 이후의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제 12조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

- ① 보험료의 납입이 면제된 이후에는 이 특약을 포함하여 납입해야 할 주계약의 보험료 및 주계약에 부가된 특약(다만, 갱신부 특약은 제외)의 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 봅니다.
- ② 제11조(보험료 납입면제 사유)의 경우 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제11조(보험료 납입면제 사유)의 장애지급률이 재해일부부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애 판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부부터 1년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제11조(보험료 납입면제 사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우 각각 그중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제11조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된

증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시 장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑦ 제11조(보험료 납입면제 사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 이 특약에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제11조(보험료 납입면제 사유)의 질병과 관련한 보험료 납입면제는 보장하지 않습니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑫ 제11항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제9조(보험료 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑬ 이 약관 제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑭ 장애분류표에 해당되지 아니하는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑮ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 13조 【보험료 납입을 면제하지 아니하는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 종피보험자(확장 보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
 - 가. 종피보험자(확장 보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
 - 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - 나. 특약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 종피보험자(확장 보험대상자)를 해친 경우
 3. 계약자가 고의로 종피보험자(확장 보험대상자)를 해친 경우

제 14조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험료 납입면제 등의 절차

제 15조 【보험료 납입면제 사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제11조(보험료 납입면제 사유)에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 16조 【보험료 납입면제 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 해지환급금, 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서 등]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발

행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 17조 【보험료의 납입면제 등】

① 회사는 제16조(보험료 납입면제 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하거나 해지환급금 등을 지급하여 드립니다. 다만, 이 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사는 계약자가 제1항에서 정한 기일내에 보험료 납입을 면제받지 못하고 보험료를 납입한 후 보험료 납입을 면제받은 경우에는 그 보험료 납입일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제1항에 의하여 해지환급금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제16조(보험료 납입면제 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제3항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ⑥ 제4항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타사항

제 18조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

(별표1)

재해분류표

주계약(적립형) 약관의 별표2(재해 분류표)와 동일

(별표2)

장해 분류표

주계약(적립형) 약관의 별표3(장해 분류표)와 동일

(별표3)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(제17조 제3항 관련)

적립 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일 까지의 기간	
지급 이자	1년이내	예정이율의 50%
	1년초과기간	1%

적립 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	예정이율 + 1%

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

- (주)1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸
시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는
그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험
유자녀학자금보장특약

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 유자녀학자금보장특약

제1관 특약의 성립과 유지	119
제 1조 【특약의 체결 및 효력】	119
제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	119
제 3조 【특약의 무효】	119
제 4조 【특약내용의 변경 등】	120
제 5조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】	120
제 6조 【특약의 보험기간】	121
제 7조 【특약의 소멸】	121
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	121
제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	121
제 9조 【보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	121
제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	122
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	123
제11조 【보험금의 종류 및 지급사유】	123
제12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	123
제13조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	123
제14조 【해지환급금】	124
제4관 보험금 지급 등의 절차	124
제15조 【보험금등 청구시 구비서류】	124
제16조 【보험금 등의 지급】	124
제5관 기타사항	125
제17조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】	125

무배당 알리안츠자녀사랑드림플랜보험 유자녀학자금보장특약

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피보험자(주된 보험대상자)와 종피보험자(확장 보험대상자)로 구성됩니다. 이 경우에 주피보험자(주된 보험대상자) 및 종피보험자(확장 보험대상자)는 다음에 정한 자로 합니다.[이하 주피보험자(주된 보험대상자)와 종피보험자(확장 보험대상자)를 합하여 “피보험자(보험대상자)”라 합니다]

1. 주피보험자(주된 보험대상자) : 주계약 보험증권(보험가입증서)상의 주피보험자(주된 보험대상자)로 등록된 자
2. 종피보험자(확장 보험대상자) : 주계약 보험증권(보험가입증서)상의 계약자로 등록된 자

제 3조 【특약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약 체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용

하지 않습니다.

- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 특약 체결시 이 특약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】

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

제 4조 【특약내용의 변경 등】

- 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제14조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5조 【계약자의 임의해지 및 피보험 자(보험대상자)의 서면동의 철회권】

- 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며 이 경우 회사는 제14조(해지환급금)제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 유자녀학자금의 지급사유가 발생한 이후에는 해지할 수 없습니다.
- 회사는 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- 제3조(특약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제14조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 7조 【특약의 소멸】

- ① 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위) 제1호에서 정한 주피보험자(주된 보험대상자)가 사망하거나 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 유자녀학자금의 지급사유가 발생한 경우에는 주계약이 해지 되어도 이 특약은 소멸되지 아니합니다.
- ③ 주피보험자(주된 보험대상자)가 만15세 미만에 사망하였을 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한보험료 전액을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제3항의 경우에 한하여 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간

(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입 최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 회사가 제2항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제2항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

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

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제9조[보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제2조[피보험자(보험대상자)의 범위]에서 정한 종피보험자(확장 보험대상자)가 사망하고, 주피보험자(주된 보험대상자)가 매년 계약해당일에 살아있을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 유자녀학자금(별표 1 “보험금지급기준표” 참조)를 지급합니다.

제12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 유자녀학자금의 지급사유가 발생한 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 종피보험자(확장 보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 동일한 재해(이하 “재해”라고 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제13조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 종피보험자(확장 보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
 - 가. 종피보험자(확장 보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
종피보험자(확장 보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 유자녀학자금을 지급합니다.
 - 나. 계약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 유자녀학자금을 지급합니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 종피보험자(확장 보험대상자)를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험

수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

제14조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제15조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해지환급금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해지환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사는 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 유자녀학자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려 드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

③ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

⑤ 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타사항

제17조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

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

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

급부 명칭	지 급 사 유	주피보험자 (주된 보험대상자) 나이	지 급 액
유자녀 학자금 (약관 제11조)	특약의 보험기간 중 종피보험자(확장 보험대상자)가 사망한 이후, 매년 보험계약해당일에 주피보험자(주된 보험대상자)가 살아 있을 때	1~12세	100만원
		13~15세	200만원
		16~18세	300만원
		19~22세	600만원

- (주) 1. 유자녀학자금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주피보험자(주된 보험대상자)가 만15세 미만에 사망하였을 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한 보험료 전액을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

(별표2)

재해분류표

주계약(적립형) 약관의 별표2(재해 분류표)와 동일

(별표3)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(제16조 제2항 관련)

■ 유자녀학자금(약관 제11조)

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

■ 해지환급금(약관 제14조 제1항)

적립 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일 까지의 기간	
지급 이자	1년이내	예정이율의 50%
	1년초과기간	1%

적립 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	예정이율 + 1%

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

- (주)1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸 시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 실손의료비보장특약(갱신형)

※ 이 특약은 본인형에 해당되는 내용만을 적용합니다.

무배당 실손의료비보장특약(갱신형)

제1관 일반사항	132
제 1조 【담보종목】	132
제 2조 【용어의 정의】	133
제2관 회사가 보상하는 사항	133
제 3조 【담보종목별 보장내용】	133
제3관 회사가 보상하지 않는 사항	146
제 4조 【보상하지 않는 사항】	146
제4관 계약의 성립과 유지	155
제 5조 【특약의 체결 및 소멸】	155
제 6조 【특약의 보장개시일】	155
제 7조 【피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실】	155
제 8조 【특약 내용의 변경 등】	156
제 9조 【특약의 무효】	156
제10조 【특약의 갱신】	157
제11조 【계약자의 임의해지】	157
제12조 【특약의 보험기간】	158
제5관 보험료의 납입 등	158
제13조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	158
제14조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	158
제15조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	159
제16조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】	159
제17조 【해지환급금】	160
제6관 다수보험의 처리 등	160
제18조 【다수보험의 처리】	160
제19조 【연대책임】	161

제7관 계약전 알릴의무 등	161
제20조 【계약전 알릴의무】	161
제21조 【상해보험계약 후 알릴의무】	162
제22조 【알릴의무 위반의 효과】	162
제23조 【중대사유로 인한 해지】	164
제24조 【사기에 의한 계약】	164
제8관 보험금 지급의 절차 등	164
제25조 【주소변경통지】	164
제26조 【보험금 지급사유의 통지】	164
제27조 【보험금 등 청구시 구비서류】	165
제28조 【보험금 등의 지급】	165
제9관 기타사항	166
제29조 【약관교부 및 설명의무】	166
제30조 【회사의 파산선고와 해지】	167
제31조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】	167

무배당 실손의료비보장특약(갱신형)

실손 의료보험은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항

제1조 【담보종목】

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

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

② 회사는 이 특약의 명칭에 '실손 의료비' 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용하는 용어의 정의는 (붙임)과 같으며 해당 용어는 이 특약에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 [담보종목별 보장내용]

회사가 이 특약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하는 사항	
(1) 종합 입원	<p>① 회사는 <u>피보험자(보험대상자)</u>가 질병 또는 <u>상해</u>로 인하여 <u>병원</u>에 <u>입원</u>하여 치료를 받은 경우에는 <u>입원의료비</u>를 다음과 같이 하나의 질병당 또는 하나의 <u>상해</u>당 각각 <u>보험가입금액(5,000만원)</u>을 한도로 보상합니다.</p>	
	구 분	보상금액
	<u>입원실료</u> , <u>입원제비용</u> , <u>입원수술비</u>	<p>'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액 (다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 매년 <u>계약해당일</u>로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</p>
상급병실료 차액	<p><u>입원시</u> 실제 사용병실과 <u>기준병실</u>과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u>로 나누어 산출합니다)</p>	
<p>② 제1항의 <u>상해</u>에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 <u>상해</u>에 포함되지 아니합니다.</p>		
<p>③ 제1항의 질병에서 청약서상 '<u>계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)</u>'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약</p>		

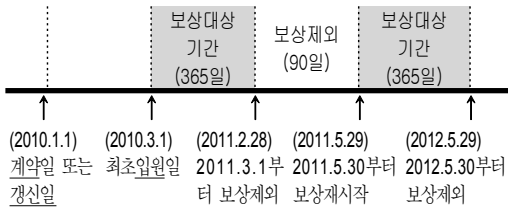
(1) 종합 입원

서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병당, 하나의 상해당 각각 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 합니다.

⑤ 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다), 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병 또는 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑥ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 질병 또는 하나의 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제5항은 적용하지 아니합니다.

⑧ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑨ 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 일원한 때에는 하나의 질병으로 간주합니다.

(1) 종합 일원

⑩ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑪ 제10항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 이 약관 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병 또는 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

(2) 종합 통원

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제 금액
외래 (외래제 비용 및 외래수술 비 합계)	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건 의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건 의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양 병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급 종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제 (의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

(2) 종합
통원

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해에 포함되지 아니합니다.

③ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

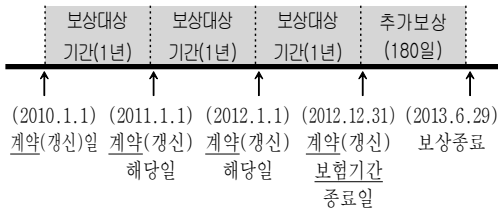
④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요

양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보상하여 드립니다.

다만, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 합니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



(2) 종합
통원

⑥ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다) 또는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병 또는 하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제5항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복지후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑧ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약

(2) 종합통원
의 해지에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑩ 이 약관 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

(3) 질병입원
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액 (다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)

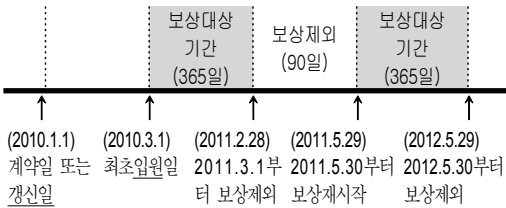
② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병당 각각 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 합니다.

④ 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다

만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상 제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

(3) 질병입원

⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복지후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑧ 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.

⑨ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를

(3) 질병입원
 말합니다.
 ⑪ 이 약관 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

(4) 질병통원
 ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제 금액
외래 (외래제 비용 및 외래수술 비 합계)	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건 의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건 의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 <u>병원</u> , <u>치과병원</u> , <u>한방병원</u> ,	1만 5천원

구 분	항 목	공제 금액
	동법 제3조 제5항에 의한 요양 병원	
	국민건강보험법 제40조 제2항 에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급 종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40 조 제1항 제3호에 의한 한국회 귀의약품센터에서의 처방, 조제 (의사의 처방전 1건당, 의약품 업 예외지역에서 약사의 직접조 제 1건당)	8천원

(4) 질병
통원

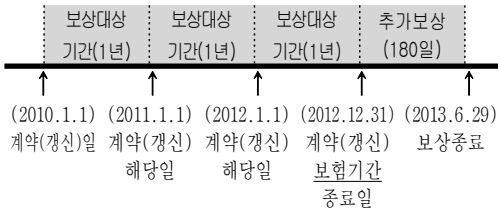
② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보상하여 드립니다.

다만, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 합니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



(4) 질병통원

⑤ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑦ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 이 약관 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

(5) 상해입원

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분	보상금액
<u>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</u>	'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액 (다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금

구분	보상금액
	액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)

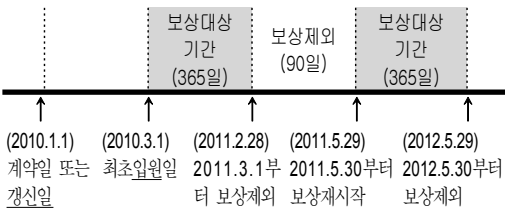
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해에 포함되지 아니합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 상해당 각각 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 합니다.

(5) 상해입원

④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합

(5) 상해 입원
 니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.
 ⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(6) 상해 통원
 ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원 의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제 금액
외래 (<u>외래제비용</u> 및 <u>외래수술비</u> 합계)	의료법 제3조 제6항에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제7항에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건 의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건 의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 <u>병원</u> , <u>치과병원</u> , <u>한방병원</u> ,	1만 5천원

구 분	항 목	공제 금액
	동법 제3조 제5항에 의한 요양병원	
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

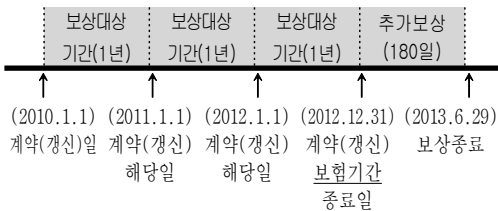
(6) 상해통원

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보상하여 드립니다. 다만, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 합니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우

(6) <u>상해</u> <u>통원</u>	<p>에도 이를 하나의 <u>상해</u>로 봅니다)로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 <u>의료기관</u>에 2회 이상 <u>통원치료</u>시(하나의 <u>상해</u>로 <u>약국</u>을 통한 2회 이상의 <u>처방조제</u>를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.</p> <p>⑥ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 <u>병원</u> 또는 <u>약국</u>의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 <u>의료비</u>를 감면받은 경우에는 그 감면 전 <u>의료비</u>를 기준으로 <u>통원의료비</u>를 계산합니다.</p>
-------------------------------	---

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 【보상하지 않는 사항】

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) <u>종합</u> <u>입원</u>	<p>① <u>상해</u>에 대하여는 '(5)<u>상해입원</u>'을 적용</p> <p>② <u>질병</u>에 대하여는 '(3)<u>질병입원</u>'을 적용</p>
(2) <u>종합</u> <u>통원</u>	<p>① <u>상해</u>에 대하여는 '(6)<u>상해통원</u>'을 적용</p> <p>② <u>질병</u>에 대하여는 '(4)<u>질병통원</u>'을 적용</p>
(3) <u>질병</u> <u>입원</u>	<p>① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>수익자</u>의 고의. 다만, 그 <u>수익자</u>가 보험금의 일부 <u>수익자</u>인 경우에는 그 <u>수익자</u>에 해당하는 보험금을 제외하고 나머지 보험금을 다른 <u>수익자</u>에게 지급합니다. 2. <u>계약자</u>의 고의 3. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.

(3) 질병 입원

4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 회사는 제6차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99)
 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 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
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 의료급여기금 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 보상하여 드립니다.
 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회

(3) 질병요원

사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.

6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]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, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 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
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

(4) 질병통원

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 제6차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00 ~ O99)
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 보상하여 드리지 아니합니다.

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 의료급여기금 등으로부터 사전

(4) 질병통원

또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 전자 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 보상하여 드립니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)· 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]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, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 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
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액

<p>(4) <u>질병통원</u></p>	<p>에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p> <p>12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 <u>의료기관</u>에서 발생한 의료비</p>
<p>(5) <u>상해입원</u></p>	<p>① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>수익자</u>의 고의. 다만, 그 <u>수익자</u>가 보험금의 일부 <u>수익자인</u> 경우에는 그 <u>수익자</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>수익자</u>에게 지급하여 드립니다. 2. <u>계약자</u>의 고의 3. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, <u>피보험자(보험대상자)</u>가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 <u>입원</u>한 경우. 그러나 <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u>로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유없이 <u>입원기간</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. <p>② <u>회사</u>는 다른 약정이 없으면 <u>피보험자(보험대상자)</u>가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 <u>상해</u>는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 <p>③ <u>회사</u>는 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p>

(5)
상
해
일
원

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 의료급여기금 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 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

(6) 상해 통원

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승

③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

(6) 상해
통원

- 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 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 보상하여 드립니다.
 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방 확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제4관 계약의 성립과 유지

제5조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 주계약의 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]를 말하며, 이하 동일합니다]가 사망하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 배우자형 및 자녀형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우, 또는 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우
- ③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제10조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.
- ④ 제7조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제2항 내지 제3항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 【특약의 보장개시일】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제7조 【피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 주계약의 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3

인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 피보험자(보험대상자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함] 중 특약체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우[다만, 주계약 피보험자(보험대상자)의 사망에 의한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다]에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며 더 이상 보상하여 드리지 아니합니다. 이 경우 회사는 제17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

③ 자녀형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 피보험자(보험대상자)와 실질적 부양관계에 있는 자 포함]의 자격을 상실한 경우에는 더 이상 보상하여 드리지 아니하며 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면의 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니하며 계속하여 보상하여 드립니다.

제8조 【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.

② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.

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

제9조 【특약의 무효】

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료

를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조 【특약의 갱신】

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 아니하면 이 특약은 갱신되지 아니합니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자(보험대상자)의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 하며, 자녀형의 경우 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자(보험대상자)의 24세 계약해당일 이후인 경우에는 24세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신일 이전에 이 특약이 관련 법규 및 금융감독원장이 정한 시행세칙 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 이 특약에도 불구하고 갱신일을 기준으로 회사가 정한 소정의 보험상품으로 갱신하여 드립니다. 또한, 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율(피보험자(보험대상자)의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함)을 적용하고, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따라 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제11조 【계약자의 임의해지】

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제10조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입 등

제13조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제14조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금을 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 이때, 계약체결시

또는 이후에 계약자가 알려준 주소로 납입최고서(납입안내장)를 발송하고, 납입최고서 도달여부와 관련하여서는 이 약관 제25조(주소변경통지) 제2항에 따릅니다.

③ 회사가 제2항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제2항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제15조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 계약자가 특약의 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제16조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야

합니다.

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

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

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

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

제17조 【해지환급금】

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

② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 다수보험의 처리 등

제18조 【다수보험의 처리】

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 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, 다수보험비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

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

제19조 [연대책임]

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제7관 계약전 알릴의무 등

제20조 [계약전 알릴의무]

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

【계약전 알릴의무】

상법 제651조(고지위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【사례】

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제21조 【상해보험계약 후 알릴의무】

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

제22조 【알릴의무 위반의 효과】

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제20조(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제21조(상해보험계약 후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

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

③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제21조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

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

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제23조 【중대사유로 인한 해지】

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에게 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 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 제17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제24조 【사기에 의한 계약】

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

제8관 보험금 지급의 절차 등

제25조 【주소변경통지】

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

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

제26조 【보험금 지급사유의 통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제27조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제28조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제27조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해지환급금을 지급하여 드립니다.

【영업일】

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급 기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제27조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금 또는 해지환급금을 지급하지 아니하였을 때에는(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에

대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

④ 제17조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

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

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제22조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제9관 기타사항

제29조 【약관교부 및 설명의무】

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.
2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
3. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내

용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정속속인인 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 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제30조 【회사의 파산선고와 해지】

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제17조(해지환급금) 1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제31조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

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

(붙임)

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
최초계약	주계약 체결시 최초로 부가할 경우
갱신계약	특약의 보험기간 만료 후 제10조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 특약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음날
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에

용어	정의
	서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외 지역에서 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

용어	정의
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	<p>국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여를 말함</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	<p>의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	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
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
보상대상 의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) X 회사부담비율

특별조건부인수특약

특별조건부인수특약

제 1조 【특약의 체결 및 효력】	173
제 2조 【보험회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건의 내용】	173
제 3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】	175
제 4조 【주계약 약관 규정의 준용】	175

특별조건부인수특약

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다.)

② 이 특약을 2인(3인,多人에)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자(보험대상자) 중 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 주계약이 해지되거나, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

⑤ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.

1. 이 특약 제2조(보험회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 보험회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(보험회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 보험회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 2조 【보험회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건의 내용】

① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태에 따라서 1종의 경우에는 제2항 제1호의 조건을 부가하고 2종의 경우에는 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가합니다.

② 이 특약에서 정한 보험회사가 보험금을 지급하지 않는 기간중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

다만, 피보험자(보험대상자)가 사망으로 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

1. 별표1 "특정부위분류표"중에서 회사가 지정한 부위(이하"특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병
2. 별표2 "특정질병분류표"중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)

③ 제2항의 보험회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다.

다만 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 (다만, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제2항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제2항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑤ 제4항 제4호의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제3조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 청약일로 하여 제4항 및 제5항을 적용합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 회사가 정한 보험회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 보험회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑨ 제2항의 특정부위와 특정 질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제 3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

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

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제3항의 규정을 따릅니다.

제 4조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

특정부위 분류표

분류번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장
3	직장 또는 항문
4	간장, 담낭 또는 담관
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7	코(외비, 비강 또는 부비강 포함)
8	인두 또는 후두
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선(귀밑샘) 또는 설하선
10	귀(외이, 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 또는 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12	신장
13	요관, 방광 또는 요도
14	전립선
15	유방(유선 포함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)
17	난소 또는 난관
18	고환(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상선
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	선골부 또는 미골부(해당신경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부
28	좌상지(좌견관절부 제외)
29	우상지(우견관절부 제외)
30	좌하지(좌고관절부 제외)
31	우하지(우고관절부 제외)
32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장(맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상악골(위턱뼈)·하악골(아래턱뼈)

(별표2)

특정질병 분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
고혈압	I10~I14	
결핵	A15~A19, B90	
담석증	K 80	담석증
요로결석증	N 20	신장 및 요관의 결석
	N 21	하부 요로의 결석
	N 23	상세불명의 신성 산통
임신중독증	O 11	부가된 단백뇨를 동반한 선제성 고혈압
	O 12	고혈압을 동반하지 않은 임신성 부종 및 단백뇨
	O 13	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성 고혈압
	O 14	의미 있는 단백뇨를 동반한 임신성 고혈압
	O 15	자간증
골관절증 및 류마티드 관절염	M 05	혈청검사 양성인 류마티드 관절염
	M 06	기타 류마티드 관절염
	M 08	연소자성 관절염
	M 15	다발성 관절염
	M 16	고관절증
	M 17	무릎관절증
	M 18	제 1수근중수 관절의 관절증
	M 19	기타 관절증
척추만곡증	M 40	척추후만증 및 척추전만증
	M 41	척추측만증

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이 외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

특별조건부특약

특별조건부특약

제 1조	【보험계약의 성립】181
제 2조	【특약의 내용】181
제 3조	【특약의 부가조건】181
제 4조	【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】182
제 5조	【특약내용의 변경】183
제 6조	【주계약 약관 규정의 준용】183

특별조건부특약

제 1조 【보험계약의 성립】

- ① 이 특약은 보험계약을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 진단결과 보험회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정할 때에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. 이 특약에서 “보험계약”이라 함은 주된 보험계약과 특약이 부가된 경우에는 특약을 포함한 것을 말하며, “주된 보험계약”은 “주계약”이라 합니다.
- ② 특약을 2인(3인,多人에)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자(보험대상자) 중 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.
- ③ 특약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【특약의 내용】

이 특약은 피보험자(보험대상자)의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 3조 【특약의 부가조건】

① 특약에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割增危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 보험계약의 규정에 정하는 재해(별표1 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 이외의 원인으로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 보험계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감 기간				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	보험계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 ~ 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 ~ 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 ~ 4년미만					80%	60%
4년이상 ~ 5년미만						80%

그러나, 그 보험사고의 발생 원인이 재해로 인하여 피보험자(보험대상자)가 사망[보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정한다]한 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 아니하고 보험계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자(보험대상자)의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할 수 있습니다.

② 제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 4조 【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.
- ③ 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 5조 【특약내용의 변경】

이 특약은 주계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제 6조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표1)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

단체취급특약

단체취급특약

제 1조 【단체취급특약의 적용 범위】	187
제 2조 【대표자의 선정】	187
제 3조 【보험요율의 적용】	187
제 4조 【보험료의 납입】	187
제 5조 【단체취급특약의 소멸】	187
제 6조 【보통보험 약관의 준용】	188

단체취급특약

제1조 【단체취급특약의 적용 범위】

이 단체취급 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 피보험자(보험대상자)가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.

가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련 법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

나. 비영리법인단체 또는 동업자단체(변호사회, 의사회 등)로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일단체(이하 “단체”라 합니다)에 소속한 보통보험 계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 피보험자(보험대상자)로 하는 보통보험계약의 피보험자(보험대상자)수가 5인 이상이어야 합니다.

제2조 【대표자의 선정】

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

제3조 【보험요율의 적용】

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

제4조 【보험료의 납입】

① 보험료는 단체와 우리회사(이하 “회사”라 합니다)가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.

② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 교부합니다. 다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별영수증을 발행할 수 있습니다.

제5조 【단체취급특약의 소멸】

① 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며 보통보험약관의 규정을 장래에 향하여

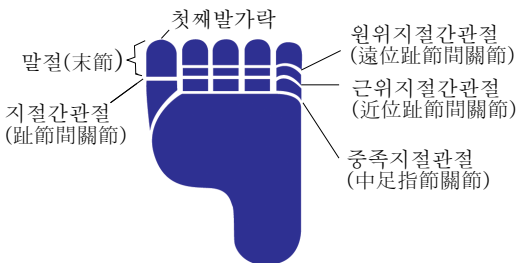
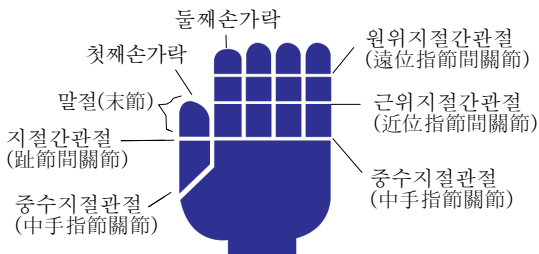
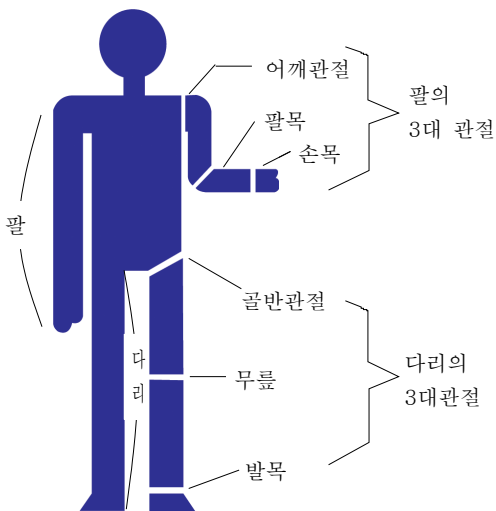
적용합니다.

1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 소속단체를 탈퇴하였을 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 피보험자(보험대상자)에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취급계약 전부에 대하여 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 이 단체취급특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 차회 이후의 보험료는 보통보험계약에 의한 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조 【보통보험 약관의 준용】

이 단체취급특약에 별도로 정하지 아니한 사항은 보통보험 약관의 규정을 따릅니다.

신체부위의 설명도



MEMO