

목 차

안 내 사 항			
상품안내		1-6. 교통상해후유장해(대중교통이용중)보장 특별약관	..... 1-6
보험금 청구 구비서류 안내		1-7. 자전거탑승중상해후유장해보장 특별약관	..... 1-7
보험금 지급절차 안내		1-8. 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관	..... 1-8
보험금 등 지급시의 적립이율 안내		1-9. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관	..... 1-10
가입자 유의사항	..... 1	1-10. 상해후유장해(80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-11
주요내용 요약서	..... 4	1-11. 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-12
보험용어해설	..... 5	1-12. 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-14
약 관		1-13. 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-15
I. 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 보통약관	..... 11	1-14. 질병후유장해(80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-17
II. 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 특별약관		2. 진단보장 특별약관	
1. 사망후유장해보장 특별약관		2-1. 골절진단보장 특별약관	..... 2-1
1-1. 상해사망보장 특별약관	..... 1-1	2-2. 5대골절진단보장 특별약관	..... 2-1
1-2. 질병사망보장 특별약관	..... 1-1	2-3. 화상진단보장 특별약관	..... 2-2
1-3. 모성사망보장 특별약관	..... 1-2	2-4. 중증화상/부식진단보장 특별약관	..... 2-3
1-4. 교통상해후유장해(비운전중)보장 특별약관	..... 1-3	2-5. 다발성소아암진단보장 특별약관	..... 2-4
1-5. 교통상해후유장해(비탑승중)보장 특별약관	..... 1-4	2-6. 다발성소아암이외의의암진단보장 특별약관	..... 2-5
		2-7. 항암방사선약물치료보장 특별약관	..... 2-6

2-8. 질병특정고도장해보장 특별약관	.....	2-7
2-9. 양성뇌종양진단보장 특별약관	.....	2-8
2-10. 심장관련소아특정질병진단보장 특별약관	.....	2-9
2-11. 중대한재생불량성빈혈진단보장 특별약관	.....	2-10
2-12. 특정전염병진단보장 특별약관	.....	2-11
2-13. 3대장애진단보장 특별약관	.....	2-12
2-14. 중증세균성수막염진단보장 특별약관	.....	2-13
2-15. 인슐린의존당뇨병진단보장 특별약관	.....	2-14
2-16. 신생아장해출생진단보장 특별약관	.....	2-15

3. 입원보장 특별약관

3-1. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-1
3-2. 상해입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-1
3-3. 상해입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-2
3-4. 상해입원일당(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-3
3-5. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-4
3-6. 질병입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-5
3-7. 질병입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-7
3-8. 질병입원일당(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-8
3-9. 암입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-9

3-10. 식중독입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-11
3-11. 임신·출산질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-13
3-12. 유산입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-14
3-13. 저체중아입원일당(3일이상)보장 특별약관	.....	3-16
3-14. 신생아질병입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-17
3-15. 상해입원(31일이상)보장 특별약관	.....	3-18
3-16. 상해입원(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-19
3-17. 자전거탑승중상해입원(31일이상)보장 특별약관	.....	3-20
3-18. 질병입원(31일이상)보장 특별약관	.....	3-21
3-19. 질병입원(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-22
3-20. 정신및행동장애입원(4일이상)보장 특별약관	.....	3-24

4. 수술보장 특별약관

4-1. 상해수술(갱신형)보장 특별약관	.....	4-1
4-2. 골절수술보장 특별약관	.....	4-2
4-3. 5대골절수술보장 특별약관	.....	4-3
4-4. 화상수술보장 특별약관	.....	4-4
4-5. 중대한특정상해수술보장 특별약관	.....	4-5
4-6. 상해흉터성형수술보장 특별약관	.....	4-6
4-7. 질병수술(갱신형)보장 특별약관	.....	4-7

4-8. 암수술보장 특별약관	.....	4-9	5-9. 시력교정(갱신형)보장 특별약관	.....	5-8
4-9. 조혈모세포이식수술보장 특별약관	.....	4-10	5-10. 영구치상실(갱신형)보장 특별약관	.....	5-10
4-10. 총수염수술보장 특별약관	.....	4-11	5-11. 의료사고법률비용보장 특별약관	.....	5-11
4-11. 당뇨병수술보장 특별약관	.....	4-12	6. 실손의료보장 특별약관		
4-12. 선천이상수술보장 특별약관	.....	4-13	6-0. 실손의료보장 공통 특별약관	.....	6-1
4-13. 임신·출산질환수술보장 특별약관	.....	4-14	6-1. 상해입원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-9
4-14. 유산수술보장 특별약관	.....	4-15	6-2. 상해통원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-10
4-15. 어린이개흉심장수술보장 특별약관	.....	4-17	6-3. 질병입원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-12
4-16. 장기이식수술보장 특별약관	.....	4-17	6-4. 질병통원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-14
4-17. 각막이식수술보장 특별약관	.....	4-18	6-5. 상해질병입원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-16
5. 비용손해보장 특별약관			6-6. 상해질병통원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-17
5-1. 자동차사고(스쿨존내교통사고)보장 특별약관	.....	5-1	7. 배상책임 보장 특별약관		
5-2. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관	.....	5-1	7-0. 배상책임 보장 공통 특별약관	.....	7-1
5-3. 유괴·납치·불법감금피해보장 특별약관	.....	5-2	7-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관	.....	7-6
5-4. 미성년성폭력범죄피해보장 특별약관	.....	5-3	7-2. 일상생활중배상책임(자녀)보장 특별약관	.....	7-8
5-5. 폭력피해보장 특별약관	.....	5-4	8. 기타 특별약관		
5-6. 김치치료보장 특별약관	.....	5-5	8-1. 출생전 자녀가입 특별약관	.....	8-1
5-7. 부정교합치료(갱신형)보장 특별약관	.....	5-6	8-2. 계약전환 특별약관	.....	8-2
5-8. 시력치료(갱신형)보장 특별약관	.....	5-7	8-3. 피보험자(보험대상자)추가 특별약관	.....	8-2

8-4. 지정대리청구서비스 특별약관	.....	8-4
8-5. 특별조건부인수 특별약관	.....	8-5
8-6. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	.....	8-6
8-7. 만기고객보험료할인 특별약관	.....	8-7

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 약관

상품안내

III. 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관 .. 5

IV. 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 특별약관

1. 사망후유장해보장 특별약관

1-1. 상해사망보장 특별약관	1-1
------------------	-------	-----

2. 진단보장 특별약관

2-1. 골절진단보장 특별약관	.....	2-1
2-2. 화상진단보장 특별약관	.....	2-1
2-3. 암진단보장 특별약관	.....	2-2
2-4. 뇌졸중진단보장 특별약관	.....	2-4
2-5. 급성심근경색증진단보장 특별약관	.....	2-5

3. 입원보장 특별약관

3-1. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-1
3-2. 교통상해입원일당(1일이상, 운전자)보장 특별약관	.....	3-1

3-3. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-3
3-4. 암입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-4

4. 수술 보장 특별약관

4-1. 골절수술보장 특별약관	.....	4-1
4-2. 화상수술보장 특별약관	.....	4-2
4-3. 암수술보장 특별약관	.....	4-3

5. 비용손해보장 특별약관

5-1. 자동차사고별금보장 특별약관	.....	5-1
5-2. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관	.....	5-1
5-3. 자동차사고면허정지일당보장 특별약관	.....	5-3
5-4. 자동차사고면허취소보장 특별약관	.....	5-3
5-5. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)보장 특별약관	.....	5-4
5-6. 자동차사고처리지원금(중상해)보장 특별약관	.....	5-6
5-7. 자동차사고부상(운전자)보장 특별약관	.....	5-7
5-8. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관	.....	5-8

6. 배상책임보장 특별약관

6-0. 배상책임보장 공통 특별약관	.....	6-1
6-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관	.....	6-6

7. 기타 특별약관

7-1. 지정대리청구서비스 특별약관	.....	7-1	[별표15] 인슐린 의존 당뇨병 대상 질병 분류표	.....	별표-19
7-2. 특별조건부인수 특별약관	.....	7-1	[별표16] 장애의 대상 분류표	.....	별표-20
7-3. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	.....	7-2	[별표17] 심한장애의 대상 분류표	.....	별표-21
7-4. 만기고객보험료할인 특별약관	.....	7-3	[별표18] 의료기관의 시설규격	.....	별표-21

V. 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 별표

[별표1] 장애 분류표	.....	별표-1	[별표19] 식중독 분류표	.....	별표-22
[별표2] 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표	.....	별표-9	[별표20] 임신·출산 관련 질환 분류표	.....	별표-23
[별표3] 골절 분류표	.....	별표-11	[별표21] 유산 분류표	.....	별표-23
[별표4] 5대골절 분류표	.....	별표-11	[별표22] 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표	.....	별표-24
[별표5] 화상 분류표	.....	별표-12	[별표23] 정신 및 행동장애 분류표	.....	별표-24
[별표6] 다발성 소아암 분류표	.....	별표-12	[별표24] 중대한 특정상해 분류표	.....	별표-25
[별표7] 다발성 소아암 이외의 암 분류표	.....	별표-13	[별표25] 비급여대상	.....	별표-25
[별표8] 제자리 신생물 분류표	.....	별표-13	[별표26] 충수염(맹장염) 분류표	.....	별표-27
[별표9] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	.....	별표-14	[별표27] 당뇨병 분류표	.....	별표-27
[별표10] 악성신생물(암) 분류표	.....	별표-14	[별표28] 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표	.....	별표-28
[별표11] 질병 특정고도장애 판정기준	.....	별표-15	[별표29] 자동차사고 부상 등급표	.....	별표-28
[별표12] 양성뇌종양 분류표	.....	별표-18	[별표30] 뇌졸중 분류표	.....	별표-31
[별표13] 특정전염병 분류표	.....	별표-18	[별표31] 급성심근경색증 분류표	.....	별표-32
[별표14] 장애인의기준(장애인 복지법시행령 제2조관련)	.....	별표-19	[별표32] 교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서	.....	별표-32
			[별표33] 특정부위 분류표	.....	별표-33

[별표34] 특정질병 분류표

..... 별표-34

상품안내

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

<개요 및 구조>

- 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106)은 어린이에게 발생 가능한 주요 CI질병, 상해, 배상책임손해 등을 보장받을 수 있는 상품입니다.
- 상품구조

구분(1종, 2종)		내용
상품 형태		보장적립구분형
적용이율	보장부분	3.75%
	적립부분	보장성 공시이율 (단, 최저보증이율은 2.0%)
갱신운영여부		일부 특약 갱신형 운영 (세부내용은 4. 이 상품의 특이사항 참조)

1. 보험기간, 보험료 납입기간, 가입나이, 보험료 납입주기 및 가입대상

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
기본계약	10세만기	5년납	태아 ~ 4세
		전기납, 일시납	태아 ~ 5세
	15세만기	5년납	5세 ~ 9세
		10년납	태아 ~ 4세
		전기납, 일시납	태아 ~ 10세

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
기본계약	18세만기	5년납	8세 ~ 12세
		10년납	3세 ~ 7세
		15년납	태아 ~ 2세
		전기납, 일시납	태아 ~ 13세
	20세만기	5년납	10세 ~ 14세
		10년납	5세 ~ 9세
		15년납	태아 ~ 4세
		전기납, 일시납	태아 ~ 15세
	24세만기	5년납	14세 ~ 18세
		10년납	9세 ~ 13세
		15년납	4세 ~ 8세
		20년납	태아 ~ 3세
		전기납, 일시납	태아 ~ 19세
27세만기	5년납	17세 ~ 21세	
	10년납	12세 ~ 16세	
	15년납	7세 ~ 11세	
	20년납	태아 ~ 6세	
		전기납, 일시납	태아 ~ 22세
모성사망 임신·출산질환입원일당(4일이상), 임신·출산질환수술	1~12개월만기	일시납	17세 ~ 47세
	유산입원일당(4일이상), 유산수술			1~10개월만기
신생아장해출생진단, 저체중아입원일당(3일이상), 신생아질병입원일당(4일이상)	1년만기	전기납, 일시납	태아

무배당 하이브리프컷앤굿어린이지보험(HI1106) 1중

구 분		보험기간	보험료 납입기간	가입나이
선천이상수술		10세만기	5년납 전기납, 일시납	태아
		15세만기	10년납 전기납, 일시납	
		18세만기	15년납 전기납, 일시납	
		20세만기	15년납 전기납, 일시납	
		24세만기	20년납 전기납, 일시납	
		27세만기		
의료사고법률비용		10세만기	일시납	태아 ~ 5세
		15세만기		태아 ~ 10세
		18세만기		태아 ~ 13세
		20세만기		태아 ~ 15세
		24세만기		태아 ~ 19세
		27세만기		태아 ~ 22세
상해사망	본인	20세만기	전기납	만15세
		24세만기	5년납	만15세 ~ 18세
			전기납	만15세 ~ 19세
		27세만기	5년납	17세 ~ 21세
			전기납	만15세 ~ 16세
	부양자	5년~10년만기	5년납 전기납, 일시납	만15세이상
		11년~15년만기	10년납 전기납, 일시납	
		16년~20년만기	15년납 전기납, 일시납	
		21년~27년만기	20년납	
			전기납, 일시납	

구 분		보험기간	보험료 납입기간	가입나이	
질병사망	본인	20세만기	전기납	만15세	
		24세만기	5년납	만15세 ~ 18세	
			전기납	만15세 ~ 19세	
		27세만기	5년납	17세 ~ 21세	
			10년납	만15세 ~ 16세	
	부양자		전기납	만15세 ~ 22세	
			5년~10년만기	5년납 전기납, 일시납	만15세~ (70-보험기간)세
			11년~15년만기	10년납 전기납, 일시납	
			16년~20년만기	15년납 전기납, 일시납	
			21년~27년만기	20년납 전기납, 일시납	
일상생활중배상책임(가족)		5년~10년만기	5년납 전기납, 일시납	만15세이상	
		11년~15년만기	10년납 전기납, 일시납		
		16년~20년만기	15년납 전기납, 일시납		
		21년~27년만기	20년납 전기납, 일시납		
상해후유장해(80%이상)	본인	10세만기	5년납	태아 ~ 4세	
			전기납	태아 ~ 5세	
		15세만기	5년납	5세 ~ 9세	
			10년납	태아 ~ 4세	
		18세만기	전기납	태아 ~ 10세	
	5년납		8세 ~ 12세		
	10년납		3세 ~ 7세		
			15년납	태아 ~ 2세	
			전기납	태아 ~ 13세	

무배당 하이라이프콧앤콧어린이씨보험(HI1106) 1중

구 분		보험기간	보험료 납입기간	가입나이
상해후유장해(80%이상)	본인	20세만기	5년납	10세 ~ 14세
			10년납	5세 ~ 9세
			15년납	태아 ~ 4세
			전기납	태아 ~ 15세
		24세만기	5년납	14세 ~ 18세
			10년납	9세 ~ 13세
			15년납	4세 ~ 8세
			20년납	태아 ~ 3세
			전기납	태아 ~ 19세
		27세만기	5년납	17세 ~ 21세
			10년납	12세 ~ 16세
			15년납	7세 ~ 11세
	20년납		태아 ~ 6세	
	전기납		태아 ~ 22세	
	부양자	5년~10년만기	5년납 전기납, 일시납	만15세이상
		11년~15년만기	10년납 전기납, 일시납	
		16년~20년만기	15년납 전기납, 일시납	
		21년~27년만기	20년납 전기납, 일시납	

구 분		보험기간	보험료 납입기간	가입나이
질병후유장해(80%이상)	본인	10세만기	5년납	태아 ~ 4세
			전기납	태아 ~ 5세
		15세만기	5년납	5세 ~ 9세
			10년납	태아 ~ 4세
			전기납	태아 ~ 10세
		18세만기	5년납	8세 ~ 12세
			10년납	3세 ~ 7세
			15년납	태아 ~ 2세
			전기납	태아 ~ 13세
		20세만기	5년납	10세 ~ 14세
			10년납	5세 ~ 9세
			15년납	태아 ~ 4세
	전기납		태아 ~ 15세	
	24세만기	5년납	14세 ~ 18세	
		10년납	9세 ~ 13세	
		15년납	4세 ~ 8세	
		20년납	태아 ~ 3세	
		전기납	태아 ~ 19세	
	27세만기	5년납	17세 ~ 21세	
		10년납	12세 ~ 16세	
15년납		7세 ~ 11세		
20년납		태아 ~ 6세		
전기납		태아 ~ 22세		
부양자	5년~10년만기	5년납 전기납, 일시납	15세~ (70-보험기간)세	
	11년~15년만기	10년납 전기납, 일시납		
	16년~20년만기	15년납 전기납, 일시납		
	21년~27년만기	20년납 전기납, 일시납		

무배당 하이브리프콘크리트어린이보험(HI1106) 1중

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
심장관련소아특정질병진단 미성년성폭력범죄피해	10세만기	5년납	태아 ~ 4세
		전기납, 일시납	태아 ~ 5세
	15세만기	5년납	5세 ~ 9세
		10년납	태아 ~ 4세
	18세만기	전기납, 일시납	태아 ~ 10세
		5년납	8세 ~ 12세
		10년납	3세 ~ 7세
	20세만기	15년납	태아 ~ 2세
		전기납, 일시납	태아 ~ 13세
		5년납	10세 ~ 14세
10년납		5세 ~ 9세	
폭력피해	20세만기	15년납	태아 ~ 4세
		전기납, 일시납	태아 ~ 15세
	24세만기	5년납	만15세 ~ 18세
		전기납, 일시납	만15세 ~ 19세
27세만기	5년납	17세 ~ 21세	
	10년납	만15세 ~ 16세	
자동차사고(스쿨존내교통사고)	10세만기	전기납, 일시납	만15세 ~ 22세
		5년납	태아 ~ 4세
	13세만기	전기납, 일시납	태아 ~ 5세
		5년납	3세 ~ 7세
부정교합치료(갱신형) 시력치료(갱신형) 시력교정(갱신형)	<최초> 1~3년만기	전기납, 일시납	태아 ~ 2세
		3년만기 : 7 ~ 17세	
	<갱신> 1~3년만기	1~2년만기 :	
		(갱신 종료나이 -보험기간)세	

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
영구치상실(갱신형)	<최초> 1~3년만기	전기납, 일시납	<최초> 태아 ~ 4세
	<갱신> 1~3년만기		<갱신> 3년만기 : 7 ~ 24세
상해수술(갱신형) 질병수술(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납, 일시납	<갱신> 1~2년만기 : (갱신 종료나이 -보험기간)세
	<갱신> 1~3년만기		<최초> 태아 ~ 24세
상해입원실손의료(갱신형) 상해동원실손의료(갱신형) 질병입원실손의료(갱신형) 질병동원실손의료(갱신형) 상해질병입원실손의료(갱신형) 상해질병동원실손의료(갱신형)	<최초> 3년만기	전기납, 일시납	<갱신> 3년만기 : 3 ~ 24세
	<갱신> 1~3년만기		<최초> 태아 ~ 24세
기타 선택계약	10세만기	5년납	태아 ~ 4세
		전기납, 일시납	태아 ~ 5세
	15세만기	5년납	5세 ~ 9세
		10년납	태아 ~ 4세
	18세만기	전기납, 일시납	태아 ~ 10세
		5년납	8세 ~ 12세
		10년납	3세 ~ 7세
		15년납	태아 ~ 2세
	20세만기	전기납, 일시납	태아 ~ 13세
		5년납	10세 ~ 14세
10년납		5세 ~ 9세	
15년납		태아 ~ 4세	
		전기납, 일시납	태아 ~ 15세

구 분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
기타 선택계약	24세만기	5년납	14세 ~ 18세
		10년납	9세 ~ 13세
		15년납	4세 ~ 8세
		20년납	태아 ~ 3세
		전기납, 일시납	태아 ~ 19세
	27세만기	5년납	17세 ~ 21세
		10년납	12세 ~ 16세
		15년납	7세 ~ 11세
		20년납	태아 ~ 6세
		전기납, 일시납	태아 ~ 22세

■ 보험료 납입주기 : 월납, 2개월납, 3개월납, 6개월납, 연납

■ 가입대상

: 피보험자(보험대상자) 본인 및 피보험자(보험대상자)의 부양자

2. 보험금, 만기환급금 및 중도인출금 지급에 관한 사항

가. 보험금의 지급

구 분	지급 사유	지급 금액	
기 본 계 약	상해로 3%이상 후유장해시	가입금액 × 후유장해지급률	
사 망 후 유 장 해 보 장	상해사망	상해로 사망시	특약가입금액
	질병사망	질병으로 사망하는 경우	특약가입금액
	모성사망	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병으로 사망시	특약가입금액
	교통상해 후유장해 (비운전중)	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 3%이상 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률

구 분	지급 사유	지급 금액	
사 망 후 유 장 해 보 장	교통상해 후유장해 (비탑승중)	비탑승중 교통사고로 발생한 상해로 3%이상 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률
	교통상해 후유장해 (대중교통이용중)	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 3%이상 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률
	자전거탑승중 상해후유장해	자전거 탑승중 사고로 발생한 상해로 3%이상 후유장해시	특약가입금액 × 후유장해지급률
	상해후유장해 (80%이상)	상해로 80%이상 후유장해시	특약가입금액
	질병후유장해 (80%이상)	질병으로 80%이상 후유장해시	특약가입금액
	상해후유장해 (80%이상, 수발보상)	상해로 80%이상 후유장해시	매년 특약가입금액의 10% × 10년 확정지급
	교통상해후유장해 (비운전중, 80%이상, 수발보상)	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시	매년 특약가입금액의 10% × 10년 확정지급
	교통상해후유장해 (비탑승중, 80%이상, 수발보상)	비탑승중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시	매년 특약가입금액의 10% × 10년 확정지급
	교통상해후유장해 (대중교통이용중, 80%이상, 수발보상)	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 80%이상 후유장해시	매년 특약가입금액의 10% × 10년 확정지급
	질병후유장해 (80%이상, 수발보상)	질병으로 80%이상 후유장해시	매년 특약가입금액의 10% × 10년 확정지급
진 단 보 장	골절진단	상해로 골절(치아파절제외) 진단 확정된 경우	특약가입금액
	5대골절진단	5대골절(머리의 압착손상, 목/등뼈/허리뼈/골반/넓적다리뼈의 골절, 등뼈의 다발성 골절)로 진단 확정된 경우	특약가입금액

무배당 하이브리프코어어린이보험(HI1106) 1종

구 분	지급 사유	지급 금액	
진단 보장	화상진단	심재성 2도 이상의 화상으로 진단 확정된 경우	특약가입금액
	중증화상/부식진단	상해로 중증 화상 및 부식으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	다발성소아암진단	다발성 소아암으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	다발성소아암 이외의암진단	다발성소아암이외의암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	항암방사선 약물치료	암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	질병특정고도장해	질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 질병특정고도장해로 판정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	양성뇌종양진단	양성뇌종양으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심장관련 소아특정질병진단	심장관련 소아특정질병으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	중대한재생불량성 빈혈진단	중대한 재생불량성 빈혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	특정전염병진단	약관에서 정한 전염병에 감염되어 전염병 환자로 진단받은 경우	특약가입금액
3대장애진단	3대장애(시각장애/청각장애/언어장애)중 하나 이상의 장애가 발생하고 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 장애인이 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)	

구 분	지급 사유	지급 금액	
진단 보장	중증세균성 수막염진단	중증 세균성 수막염으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	인슐린의존 당뇨병진단	인슐린의존 당뇨병으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아장해출생진단	피보험자(보험대상자)(신생아)가 저체중아(2.0kg이하)로 출생한 후 30일 이상 생존한 경우	특약가입금액의 10%
피보험자(보험대상자)(신생아)에게 약관에서 정한 장해가 발견된 후 30일 이상 생존한 경우		특약가입금액의 100%	
피보험자(보험대상자)(신생아)에게 약관에서 정한 심한장해가 발견된 후 180일 이상 생존한 경우		특약가입금액의 300%	
입원 보장	상해입원일당 (1일이상)	상해로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해입원일당 (4일이상)	상해로 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해입원일당 (1일이상, 중환자실)	상해로 1일 이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해입원일당 (4일이상, 중환자실)	상해로 4일 이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	질병입원일당 (1일이상)	질병으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	질병입원일당 (4일이상)	질병으로 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)

구 분	지급 사유	지급 금액	
입원보장	질병입원일당 (1일이상, 중환자실)	질병으로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	질병입원일당 (4일이상, 중환자실)	질병으로 4일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	암입원일당 (4일이상)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액의 20% (120일 한도)
	식중독입원일당 (4일이상)	음식물의 섭취로 식중독이 발생하여 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	임산·출산질환 입원일당 (4일이상)	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 임신·출산질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	유산입원일당 (4일이상)	부양자(母)가 유산으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	저체중아입원일당 (3일이상)	피보험자(보험대상자)(신생아)가 미숙아(2.5kg이하)로 출생하여 3일이상 인큐베이터를 이용한 경우	3일째 사용일부터 사용 1일당 특약가입금액 (60일한도)
	신생아질병입원일당 (4일이상)	피보험자(보험대상자)(신생아)가 출생 전후기 질병을 원인으로 출생후 1년내에 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일한도)

구 분	지급 사유	지급 금액	
입원보장	상해입원(31일이상)	상해로 31일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 31일째 : 특약가입 금액의 50% 지급 입원 61일째 : 특약가입 금액의 50% 추가지급 입원 91일째 : 특약가입 금액의 100% 추가지급 입원121일째 : 특약가입 금액의 100% 추가지급
	상해입원 (4일이상, 중환자실)	상해로 중환자실에 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	특약가입금액
	자전거탑승중 상해입원(31일이상)	자전거 탑승중 사고로 발생한 상해로 31일이상 입원하여 치료받은 경우	입원 31일째 : 특약가입 금액의 50% 지급 입원 61일째 : 특약가입 금액의 50% 추가지급 입원 91일째 : 특약가입 금액의 100% 추가지급
	질병입원 (31일이상)	질병으로 31일이상 입원하여 치료 받은 경우	입원 31일째 : 특약가입 금액의 50% 지급 입원 61일째 : 특약가입 금액의 50% 추가지급 입원 91일째 : 특약가입 금액의 100% 추가지급 입원121일째 : 특약가입 금액의 100% 추가지급
	질병입원 (4일이상, 중환자실)	질병으로 4일이상 중환자실에 입원하여 치료받은 경우	특약가입금액
	정신및행동장애입원 (4일이상)	정신 및 행동장애로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	특약가입금액
	수술보장	상해수술(광신형)	상해로 수술을 받은 경우	특약가입금액
골절수술		상해로 골절로 진단 확정되어 수술을 받은 경우	특약가입금액
5대골절수술		상해로 5대골절로 진단 확정되어 수술을 받은 경우	특약가입금액

무배당 하이브리프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중

구 분	지급 사유	지급 금액	
수술보장	화상수술	심재성 2도 이상의 화상으로 진단 확정되어 수술을 받은 경우	특약가입금액
	중대한특정상해수술	상해로 사고일로부터 180일 이내에 뇌손상, 내장손상으로 인한 개두·개흉·개복수술을 받은 경우	특약가입금액
	상해흉터성형수술	상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 원상회복을 목적으로 2년 이내에 성형수술을 받은 경우	안면부 : 수술 1cm당 14만원 상지, 하지 : 수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상에 한함) ※ 최고 500만원 한도
	질병수술(광신형)	질병으로 수술을 받은 경우	특약가입금액
	암수술	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액의 20%
	조혈모세포 이식수술	수혜자로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 조혈모세포이식 수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	총수염수술	총수염의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	당뇨병수술	당뇨병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
	선천이상수술	선천성기형, 변형, 염색체이상으로 진단 확정되어 수술을 받은 경우	특약가입금액
임산·출산질환수술	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 임산·출산질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액	
유산수술	부양자(母)가 유산으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액	

구 분	지급 사유	지급 금액																	
수술보장	어린이개흉심장수술	개흉심장수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)																
	장기이식수술	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 5대장기(간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장)에 대한 장기이식수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)																
	각막이식수술	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 각막이식수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)																
비용손해보장	자동차사고 (스쿨존내교통사고)	스쿨존내 교통사고로 인한 상해를 입은 경우	특약가입금액																
	자동차사고부상 (비운전중)	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	<table border="1"> <thead> <tr> <th>상해급수</th> <th>지급금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1급</td> <td>600만원</td> </tr> <tr> <td>2-4급</td> <td>300만원</td> </tr> <tr> <td>5급</td> <td>150만원</td> </tr> <tr> <td>6급</td> <td>80만원</td> </tr> <tr> <td>7급</td> <td>40만원</td> </tr> <tr> <td>8-11급</td> <td>20만원</td> </tr> <tr> <td>12-14급</td> <td>10만원</td> </tr> </tbody> </table>	상해급수	지급금액	1급	600만원	2-4급	300만원	5급	150만원	6급	80만원	7급	40만원	8-11급	20만원	12-14급	10만원
	상해급수	지급금액																	
	1급	600만원																	
	2-4급	300만원																	
	5급	150만원																	
6급	80만원																		
7급	40만원																		
8-11급	20만원																		
12-14급	10만원																		
유괴·납치·불법강금피해	타인에 의해 유괴, 납치, 불법강금 등으로 억류 상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출, 억류해제 되지 않은 경우	신고 시점부터 1일당 특약가입금액 (90일 한도)																	
미성년성폭력범죄피해	성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우	특약가입금액																	
폭력피해	폭력피해에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우	특약가입금액																	
갑스치료	상해 또는 질병으로 갑스치료를 받은 경우	치료 1회당 특약가입금액																	

구분	지급 사유	지급 금액	
비용 손해 보장	부정교합치료 (갱신형)	2세 이전에 가입한 피보험자가 6세 이후에 Angle씨 부정교합(不正咬合) 분류법의 II급 또는 III급으로 치과의사에 의하여 판정받고 그로 인하여 교정치료가 필요하다는 치과의사의 진단이 있는 경우(단, 단 순치열교정은 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험 나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	시력치료(갱신형)	2세 이전에 가입한 피보험자가 6세 이후에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25디옵터(Diopter) 이상의 고도근시 또는 +4.25(Diopter) 이상의 고도원시로 판정되었을 경우(단, 난시의 굴절도는 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험 나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	시력교정(갱신형)	2세 이전에 가입한 피보험자가 6세 이후에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 ±2 디옵터(Diopter) 이상의 굴절이상으로 판정되었을 경우(단, 난시의 굴절도는 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험 나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	영구치상실 (갱신형)	4세 이전에 가입한 피보험자가 6세 이후에 우식증, 치주병, 외상 등에 의하여 영구치아를 발거한 경우 ※ 보장개시일은 피보험자의 보험 나이 6세 계약해당일임	상실영구치 1개당 특약가입금액
	의료사고보률비용	의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제거한 경우	변호사 착수금의 80% 해당액으로 1사고당 특약가입금액 한도 (단, 1심에 한함)

구분	지급 사유	지급 금액	
실손의료 보장	상해 입원 실손 의료 (갱 신형)	입원실료 입원제비용 수술비	국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(상급병실료차액 제외)의 90%해당액 (단, 10%해당액이 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)
		상급병실료 차액	실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액 (단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※1일 평균금액 : 상급 병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액
	상해 통원 실손 의료 (갱 신형)	외래	국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 방문 1회당 약관에서 정한 공제금액(의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원)을 차감한 금액
		처방 조제비	국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원을 공제한 금액
			하나의 상해당 보장가입금액 한도 (최초입원일로부터 365일 한도)
			방문 1회당 보장 가입금액한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180회 한도)
			처방전 1건당 보장가입금액한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180건 한도)

구분		지급 사유	지급 금액	
실수의료보장	질병입원실수의료(갱신형)	<p>입원실료 입원제비용 수술비</p> <p>약관에서 정한 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우(산재보험 처리분 제외)</p>	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(상급병실료차액 제외)의 90%해당액(단, 10%해당액이 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)</p>	<p>하나의 질병당 보장가입금액 한도 (최초입원일로부터 365일 한도)</p>
	상급병실료차액	<p>실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액</p>	<p>실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액</p>	<p>하나의 질병당 보장가입금액 한도 (최초입원일로부터 365일 한도)</p>
질병통원실수의료(갱신형)	외래	<p>약관에서 정한 질병으로 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(산재보험 처리분 제외)</p>	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 방문 1회당 약관에서 정한 공제금액(의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원)을 차감한 금액</p>	<p>방문 1회당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180회 한도)</p>
	처방조제비	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원을 공제한 금액</p>	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원을 공제한 금액</p>	<p>처방전 1건당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180건 한도)</p>

구분		지급 사유	지급 금액	
실수의료보장	상해질병입원실수의료(갱신형)	<p>입원실료 입원제비용 수술비</p> <p>상해 또는 약관에서 정한 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우(자동차보험, 산재보험 처리분 제외)</p>	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(상급병실료차액 제외)의 90%해당액(단, 10%해당액이 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)</p>	<p>하나의 상해 또는 질병당 보장가입금액 한도 (최초입원일로부터 365일 한도)</p>
	상급병실료차액	<p>실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액</p>	<p>실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액</p>	<p>하나의 상해 또는 질병당 보장가입금액 한도 (최초입원일로부터 365일 한도)</p>
상해질병통원실수의료(갱신형)	외래	<p>약관에서 정한 질병으로 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(자동차보험, 산재보험 처리분 제외)</p>	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 방문 1회당 약관에서 정한 공제금액(의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원)을 차감한 금액</p>	<p>방문 1회당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180회 한도)</p>
	처방조제비	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원을 공제한 금액</p>	<p>국민건강보험법 또는 의료급여법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용에서 처방전 1건당 8천원을 공제한 금액</p>	<p>처방전 1건당 보장가입금액 한도(매년 계약해당일로부터 1년간 180건 한도)</p>

구분	지급 사유	지급 금액	
배상책임 보장	일상생활중배상책임 (가족)	부양자 본인 및 가족이 일상생활중 타인의 신체에 장애 또는 재물에 손해를 입힘으로써 법률상의 배상 책임을 부담하는 경우	1억원한도 실손보상 (자기부담금 : 보험증권 (보험가입증서)에 기재된 금액)
	일상생활중배상책임 (자녀)	피보험자(보험대상자)가 약관에서 정한 우연한 사고로 타인의 신체에 장애 또는 재물의 손해를 입힘으로써 법률상의 배상 책임을 부담하는 경우	1억원한도 실손보상 (자기부담금 : 보험증권 (보험가입증서)에 기재된 금액)

■ 주요 용어 해설

- **상해입원실손의료, 질병입원실손의료, 상해질병입원실손의료**
 - 입원실료 : 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실)사용료, 환자관리료, 식대
 - 입원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
 - 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
 - 상급병실료차액 : 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료차액
- **상해통원실손의료, 질병통원실손의료, 상해질병통원실손의료**
 - 외래제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
 - 외래수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
 - 처방조제비 : 약국의 처방조제비, 약사의 직접조제비
- **다발성 소아암** : 백혈병, 뇌/중추신경계암, 악성림프종
- **중증 화상/부식** : 신체표면적 20% 이상의 3도 화상 및 부식
- **3대장애** : 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애, 청각장애, 언어장애
- **심장관련 소아특정질병** : 심장합병증을 동반한 가와사키병 및 판막손상을 동반한 류마티스열
- **5대장기** : 간장, 신장, 심장, 폐장, 췌장
- **5대골절** : 머리의 으깬손상, 목, 흉추, 요추, 골반 및 대퇴골의 골절
- **신주말** : 사고발생시의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 및 근로자의 날
- **부양자** : 피보험자(보험대상자)의 부양자로서 보험가입증서(보험증권)에 기재된 자
- **디옵터(Dioper)** : 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시
- **Angle씨 부정교합 분류**
 - II급 : 하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 원심(안면에서 후방)쪽으로 치우쳐있는 경우

- III급 : 하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 근심(안면에서 전방)쪽으로 치우쳐있는 경우
- **중환자실** : 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실
- **영구치 상실** : 우식증(齲蝕症) 또는 치주병(齒周病), 외상 등에 의해 치아가 뿌리까지 손상되어 치아를 발거한 경우
- 보장용어에 대한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

나. 만기환급금 및 중도인출금 지급

■ 만기환급금

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 적립순보험료(적립보험료에서 예정사입비 및 예정손해조사비를 공제한 보험료를 말합니다.)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날)로부터 보험료납입 경과기간에 따라 아래 “다. 보험료 산출기초”의 경과기간별 적용이율에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(기 인출된 중도인출금이 있거나, 특약에 따라 적립한 금액에서 대체 납입되는 보험료가 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.)을 만기환급금으로 수익자에게 지급합니다. 단, 이 약관에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

■ 중도인출금

회사는 보장개시일로부터 2년 이상 경과된 유효한 계약으로써 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산된 계약자가 요청한 시점의 기본계약 적립부분 해지환급금의 80%한도(이 약관에서 정한 대출금이 있을 경우에는 그 원리합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.)내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 매 보험년도마다 1회에 한하며, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 적립부분 해지환급금의 80%를 한도로 합니다.

3. 보험료 산출기초 요약

가. 보험료의 구성

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

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
 보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비
 적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

나. 보장보험료 적용이율

무배당 하이라이프갯앤갯어린이보험(HI1106) 1종

- 이 보험의 보장순보험료와 부가보험료의 적용이율(예정이율)은 연복리 3.75%입니다.
- **예정이율** : 보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

다. 적립순보험료 적용이율

- 이 보험상품의 적립순보험료에 대한 부리이율은 “보장성 공시이율”에 의한 이율에 연동되며, 최저보증이율은 연복리 2.0%입니다.

[해지시 경과기간별 적용이율표]

경과기간별	적용이율
1년미만	보장성 공시이율 × 80%
1년 이상 2년 미만	보장성 공시이율 × 90%
2년이상	보장성 공시이율

단, 최저보증이율은 연복리 2.0%입니다.

- **공시이율** : 매월 회사가 정한 이율을 말하며, 회사는 운용자산이익률과 외부지표금리 수익률을 산술평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 공시이율을 결정합니다. 단, 조정률의 가감한도는 산출 공시이율의 20%로 합니다. 자세한 내용은 무배당 무배당 하이라이프갯앤갯어린이보험(HI1106) 1종 보통 약관 제19조(공시이율의 적용 및 공시)를 참조하시기 바랍니다.
- **최저보증이율** : 회사의 운용자산이익률 및 시종금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어 최저보증이율이 2%인 경우 공시이율이 1%로 낮아지더라도 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2%)로 부리됩니다.

라. 예정위험률

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

마. 예정사업비율

보험회사가 보험계약관리상의 비용, 보험설계사에 대한 수수료, 광고, 선전 등 회사 경영의 여러 경비로 충당하기 위하여 필요한 비용을 사업비라고 합니다. 보험회사는 보험료 계산시에 장래 지출될 사업비를 예상하여 보험료 중 일정비율을 사업비로 책정하고 있는데, 이를 예정사업비율이라 합니다.

4. 이 상품의 특이사항

■ 자동갱신 운영에 관한 사항

< 자동갱신 적용대상 >

구 분	보험기간(갱신주기)	보험료 납입형태
상해수술(갱신형) 질병수술(갱신형) 상해입원실손의료(갱신형) 상해통원실손의료(갱신형) 질병입원실손의료(갱신형) 질병통원실손의료(갱신형) 상해질병입원실손의료(갱신형) 상해질병통원실손의료(갱신형)	<최초계약> 3년만기 <갱신계약> 1~3년만기 ^(주1)	기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체납입
부정교합치료(갱신형) 시력치료(갱신형) 시력교정(갱신형) 영구치상실(갱신형)	<최초계약> 1~3년만기 <갱신계약> 1~3년만기 ^(주1)	

- (주) 1. 갯신 종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만인 경우에는 잔여보험기간(1~2년)으로 갯신함
2. 회사는 갯신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갯신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우에는 갯신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다. 또한, 갯신계약의 경우 갯신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

< 자동갱신 적용대상 보장특별약관의 갯신종료나이 >

구 분	갱신 종료나이
부정교합치료(갱신형) 시력치료(갱신형) 시력교정(갱신형)	10세, 15세, 18세, 20세

구 분	갱신 종료나이
상해수술(갱신행) 질병수술(갱신행) 영구치상실(갱신행) 상해입원실손의료(갱신행) 상해통원실손의료(갱신행) 질병입원실손의료(갱신행) 질병통원실손의료(갱신행) 상해질병입원실손의료(갱신행) 상해질병통원실손의료(갱신행)	기본계약 만기 (10세, 15세, 18세, 20세, 24세, 27세)

<상해입원실손의료(갱신행), 상해통원실손의료(갱신행), 질병입원실손의료(갱신행), 질병통원실손의료(갱신행), 상해질병입원실손의료(갱신행), 상해질병통원실손의료(갱신행) 특별약관의 보험료 대체납입에 관한 사항>

· 상기 특약 보험료는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다. 이와 같은 방법으로 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 계약자는 기본계약 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.
 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특별약관의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다. 만약 추가납입이 없을 경우에는 실손의료비(갱신행) 보장특약 제18조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 및 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 처리합니다.

<상해수술(갱신행), 질병수술(갱신행), 부정교합치료(갱신행), 시력치료(갱신행), 시력교정(갱신행), 영구치상실(갱신행) 특별약관의 보험료 대체납입에 관한 사항>

· 부정교합치료(갱신행), 시력치료(갱신행), 시력교정(갱신행) 보장특약의 보험기간은 3년으로 하며, 보험나이 6세 계약해당일부터 계약자의 별도 의사표시가 없는 한 기본계약의 보험기간(24세/27세만기의 경우 20세 계약 해당일) 이내에 한하여(갱신행 현재 잔여보험기간이 3년미만일 경우 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.) 자동으로 갱신하여 드립니다.
 단, 6세 계약해당일에 처음 적용하는 보험기간은 보통약관 보험계약일에 피보험자의 보험나이가 1세인 경우 1년으로 하며, 피보험자의 보험나이가 2세인 경우 2년으로 합니다.
 · 영구치상실(갱신행) 보장특약의 보험기간은 3년으로 하며, 보험나이 6세 계약해당일부터 계약자의 별도 의사표시가 없는 한 기본계약의 보험기간 이내에 한하여(갱신행 현재 잔여보험기간이 3년 미만인 경우 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.) 자동으로 갱신하여 드립니다.
 단, 6세 계약해당일에 처음 적용하는 보험기간은 보통약관 보험계약일에 피보험자의 보험나이가 1세 또는 4세인 경우 1년으로 하며, 피보험자의 보험나이가 2세인 경우 2년으로 합니다.

■ 피보험자 추가 특약의 운영에 관한 사항

- 피보험자 추가 특약은 상해사망, 질병사망, 상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상) 보장특약 중 하나 이상의 보장특약을 피보험자 본인의 부양자에게 부가한 계약(피보험자 추가 특약 체결시점에서 유효한 계약을 말합니다.) 체결 후 상해사망, 질병사망, 상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상) 보장특약의 피보험자(상해사망, 질병사망, 상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상) 보장특약의 피보험자(보험대상자)가 남자인 경우에는 상해사망, 질병사망, 상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상) 보장특약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록상의 배우자로 합니다.)가 임신상태에 있는 경우에 임신한 여성에 의하여 태어날 태아를 보통약관 및 선택특약 중 계약자가 선택한 특약의 피보험자(보험대상자)로 추가하는 경우에 한하여 적용합니다.
- 태아가 피보험자(보험대상자)로 추가되는 시점은 태아의 출생시로 하며, 태아 출생 시에는 반드시 이 사실을 회사에 통지해 주셔야 합니다.
- 추가된 피보험자(보험대상자)의 보험료는 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체 납입되며, 보험료 대체납입은 출생일(출생통지 이전에는 이 특약 체결시 정한 추가되는 피보험자(보험대상자)의 출생예정일로 하고, 출생통지 이후에 실제 출생일을 적용합니다.)이 속한 달의 말일 날 시작하여 보험기간 종료시까지 월단위로 이루어 집니다. 다만, “신생아보장” 특약의 보험료 대체납입은 이 특약 체결일에 일시에 이루어 집니다.
- 대체납입하는 방법으로 추가된 피보험자(보험대상자)의 보험료를 충당할 수 없는 경우 및 기본계약이 소멸된 경우에는 해당 보험료를 별도로 납입하여야 합니다.
- 보험료 납입연체로 인하여 기본계약이 해지되는 경우에는 추가된 피보험자(보험대상자)의 계약도 해지되며, 기본계약 부활(효력회복) 청약시 추가된 피보험자(보험대상자) 계약의 부활(효력회복)도 함께 청약할 수 있습니다.
- “피보험자 추가” 특약에 관한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

<피보험자 추가 특약>

구 분	보험기간	납입기간	납입주기
기본계약(보장부분)	출생일 기준 1중 기본계약의 잔여 보험기간	전기납	월납
신생아장해출생진단 저체중아입원일당(3일이상) 신생아질병입원일당(4일이상) 특약	1년		연납
기타 선택특약	출생일 기준 1중 기본계약의 잔여 보험기간		월납

■ 계약전환 특약의 운영에 관한 사항

- 회사는 1중 계약의 보험기간이 15세만기 이상(15세, 18세, 20세, 24세, 27세만기)이며, 1중 계약의 보험기간이 종료되기 1개월 이전까지 유효한 계약을 대상으로 계약 전환에 관한 사항을 서면으로 안내하고, 보험기간 종료일 전일까지 계약전환을 신청한 경우에 한하여 1중 계약을 보험기간 만료시점에서 1중 전환계약으로 전환하여 드립니다.
- 1중 전환계약의 보험료는 1중 계약의 만기환급금에서 일시에 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 이 방법으로 1중 전환계약의 보험료를 충당할 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.
- 1중 전환계약의 피보험자(보험대상자)는 1중 기본계약의 피보험자(보험대상자)로 하며, 1중 계약의 보험기간 중간에 “피보험자 추가” 특약에 의하여 추가된 피보험자(보험대상자)는 1중 전환계약의 피보험자(보험대상자)에서 제외합니다.
- “계약전환” 특약에 관한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

보험금 청구 구비서류 안내

1. 사망후유장애 보험금 구비서류

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

○ 공통 서류

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

○ 보험금 종류별 추가 서류

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

구 분	구비서류	제공/발급처
후유장애 보험금	- 후유장애진단서 (질병인 경우 진단확정일 또는 발병일이 기재된 진단서) ※ 발급전 보상담당자와 상의 - X-RAY, CT, MRI 필름 및 판독지 등	병원

2. 진단/입원/수술 보험금 구비서류

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

○ 공통 서류

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

○ 보험금 종류별 추가 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
진단보험금	암 - 암확정진단서 - 조직검사결과지	병원
	특정질병 (뇌경색등) - 특정질병 확정진단서 - 검사 결과지 (특정질병종류에 따라 다르므로 담당자와 상의 필요)	
	골절/화상 - 진단서/처방전/진료확인서/소견서/ 진료 차트 중 택 ※ 단, 진단명 반드시 기재	
입원관련 보험금	- 입퇴원확인서 (진단명 기재) ※ 입원기간 30일 이상의 경우 진단서 추가	병원

무배당 하이브리프콘크리트어린이보험(HI1106) 1중

구 분	구비서류	제공/발급처
수술관련 보험금	- 진단서 또는 수술확인서(진단명/수술명 기재)	병원
저체중아육아 입원일당/ 신생아질병 입원일당	- 출생증명서 (신생아 몸무게 기재) - 입원확인서 ※ 인큐베이터 사용시 해당기간 반드시 기재	병원

3. 실손의료비 보험금 구비서류

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

○ 공통 서류

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

○ 보험금 종류별 추가 서류

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

구 분	구비서류	제공/발급처
의료보험 처리	입원 <ul style="list-style-type: none"> - 진단서 ※ 본인부담 치료비 20만원 이하시 생략 가능 ※ 본인부담 치료비 50만원 이하시 : 입퇴원확인서 또는 진료확인서 또는 초진차트로 대체 가능 ※ 가입후 30일 이내 사고시 초진차트 추가 - 진료비 세부내역서 ※ 50만원이하 and 비급여 미발생시 생략가능 - 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경 우 검사결과지 추가 - 퇴원영수증(치료비영수증) 	병원
	통원 <ul style="list-style-type: none"> - 진단서/통원확인서/진료확인서/소견서/진료차트 중 택일(진단명/치료기간 기재) ※ 본인부담 치료비 20만원 이하시 생략 가능 ※ 가입후 30일 이내 사고시 초진차트 추가 - 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가 - 통원 일자별 병원 영수증 및 약국 영수증 (처방전 포함) 	병원 병원/약국

4. 비용손해 보험금 구비서류

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

○ 공통 서류

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

○ 보험금 종류별 추가 서류

<자동차사고비용>

구 분	구비서류	제공/발급처
자동차사고 처리지원금	- 교통사고사실확인원 - 피해자 진단서 또는 사망진단서 - 형사합의금이 기재된 형사합의서 원본(경찰 또는 검찰 원본대조필 날인시 원본 인정)	경찰서 병원 경찰서
자동차사고별금	- 교통사고사실확인원 - 벌금납부 영수증 - 약식명령서 또는 법원 판결문	경찰서 법원 법원
자동차사고변호사 선임비용	- 공소제기시(약식기소 포함) : 교통사고사실확인원 약식명령서 - 구속시 : 교통사고사실확인원 약식명령서 구속영장 또는 사건처분증명원 재소 또는 출소증명원	경찰서 법원 법원 구치소
자동차사고 면허정지일당	- 교통사고사실확인원 - 면허정지확인원(교육수료 후) - 운전경력증명서	경찰서
자동차사고 면허취소	- 교통사고사실확인원 - 면허취소확인원(교육수료 후) - 운전경력증명서	경찰서

★ 당사 자동차보험 가입자는 별도 서류 없이 당사에서 확인 가능합니다.

<기타비용>

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

5. 재산손해 보험금 구비서류

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

○ 공통 서류

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

6. 배상책임손해 보험금 구비서류

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

○ 공통 서류

구 분	구비서류	제공/발급처
공 통	- 보험금청구서	당사 양식
	- 가족관계 증명서 (피보험자의 배우자 또는 자녀 여부 확인시)	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	- 통장 및 신분증 사본(피해자 신분증 포함)	
	- 합의금 지급 확인서(당사 손해사정에 따른 합의서)	당사 양식

무배당 하이브리프컷앳어린이보험(HI1106) 1종

○ 사고별 추가 서류

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

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

보험금 지급절차 안내

○ 보험금 지급절차 안내

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

I. 사고 접수

1. 고객센터 방문접수
2. 콜센터접수 : 1588-5656-ARS 4번
3. 인터넷 접수(홈페이지(www.hi.co.kr)) 접속 보상 서비스 보상으로

II. 접수내용 및 진행사항 안내

III. 보험금 지급여부 결정 및 부책/면책 여부 통보

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

IV. 보험금 지급

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

○ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 2년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (상법 제662조)

○ 보험금 지급심사 위탁

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

○ 손해사정사 선임 및 조사

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

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

- 보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하여야 합니다.

○ 장해진단서 제출시 유의 사항

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

○ 의료심사

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

○ 손해/생명 보험시간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)

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

○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

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

※ 대표전화 : 1588-5656

보험금 등 지급시의 적립이율 안내

구 분		적립기간	적립이율	
승낙거절로 제1회보험료 반환		보험료를 받은 기간	예정이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
청약 철회로 기납입보험료 반환		반환기일 ^{주1)} 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)	
계약 취소로 기납입보험료 반환		보험료를 받은 기간	보험계약대출이율	
계약 무효로 기납입보험료 반환	회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우	보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율	
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일 ^{주2)} 이내에 보험금을 지급하지 아니한 경우	지급기일 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
만기환급금	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
			1년 초과	1%
	예정이율			
	환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%	
지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율		

구 분		적립기간	적립이율	
중도환급금	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 이내	예정이율
			1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과		1%	
	예정이율			
회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 아니한 경우		환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간			보험계약대출이율	
해지환급금		지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
			1년 초과	1%
		환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
		지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

※ 지급이자는 연단위 복리로 계산하여, 소멸시효(상법 제662조)가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.

※ 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

주1) 보험료 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3일

주2) 지급기일

- 신채손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
- 재물손해/배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부터 7일
- 환급금 : 청구일부더 3영업일

가입자 유의사항

1. 보험계약 관련 특히 유의할 사항

가. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

○ 부활(효력회복)

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

○ 갱신형보장

- 갱신형 보장을 가입한 경우에는 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.
- 회사는 갱신보장에 대해서 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등을 사유로 인상될 수 있습니다.

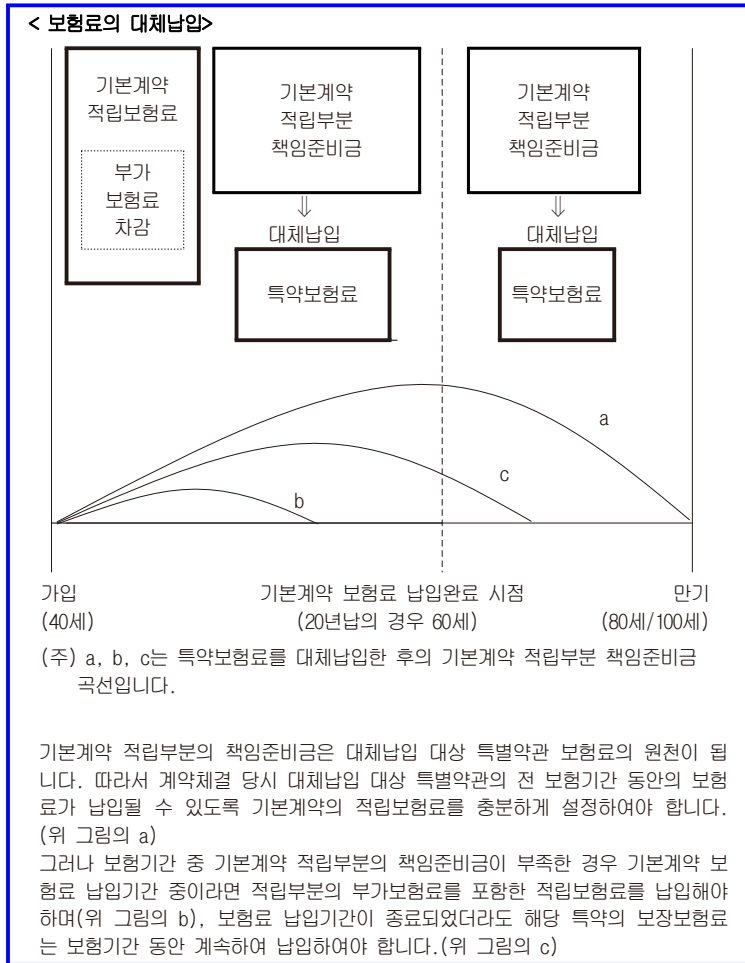
< 예시 : 40세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우 >

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 보장보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 3년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 43세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다. 한편, 세 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 9년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(46세 → 49세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	40세	43세	46세	49세	비 고
보장보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	..
최초계약 보험료표	5,000원	6,500원	8,000원	10,000원	..
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	나이증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	.. 나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	12,500원	나이증가 위험률 상승
.	
.	
.	

○ 보험료 대체납입 대상 보장

- 기본계약 적립부분 책임준비금이 보험료를 대체납입하는 보장의 보험료보다 적어서 더 이상 보험료가 총당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다. 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 해당 보장의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.



○ 재원 및 배상책임 관련 보장

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

해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

나. 해지환급금 관련 유의사항

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

2. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

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

○ 특정질병 관련 보장

- 암, 이보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정질병의 진단 확정일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년, 2년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ CI 관련 보장

- CI관련보장은 전체 질병이 아닌 중대한 암 등 약관에서 정하는 특정한 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 중대한 질병이 무엇인지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 상해 관련 보장

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그

증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

○ **태아보험**

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

○ **실손의료 보장**

- 이 보장은 발생 의료비 중 국민건강보험 급여의 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제의 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 이 계약의 의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급하여 드립니다.

○ **재물손해·배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항**

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

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정 요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

계약자는 계약을 청약한 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 경우에는 그러하지 아니하며, 전화, 우편, 컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

3. 계약취소

계약체결시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내(단체(취급)계약의 경우 계약체결일로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

5. 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

8. 계약전·후 알릴 의무

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

나. 계약후 알릴의무: 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우

9. 알릴의무 위반시 효과

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

10. 보험금의 지급

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

다만, 보험금 지급사유의 조사 또는 확인이 이루어져 지급기일 초과가 예상되거나, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보험금으로 지급하여 드립니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

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

보험용어 해설

○ 보험약관

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

○ 보험증권(보험가입증서)

- 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약 당사자

- 보험회사, 보험계약자

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

○ 보험계약 관계자

- 피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해보장> <비용손해 보장>

- 가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자(보험대상자)라 정함
- 나. 보험수익자(보험금을 받는 자) : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
- 다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

<배상책임 보장>

- 가. 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람
- 나. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

○ 보험료

- 가. 보험료 : 보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에게 지급하여야 하는 요금
- 나. 보장순보험료 : 보험금 지급을 위한 보험료
- 다. 적립순보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

- 라. 부가보험료 : 보험회사의 사업경비를 위한 보험료
- 마. 손해조사비 : 보험금 청구의 사유 및 그 금액을 증명하기 위한 비용

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

※ 보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

○ 보험목적 <배상책임 보장>

- 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화

○ 보험가액 <배상책임 보장>

- 피보험 이익의 경제적가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액

○ 보험가입금액

- 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액

○ 보험금

<신체손해보장> <비용손해 보장>

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

<배상책임 보장>

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

○ 보험기간

- 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 기간

○ 보장개시일

- 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

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

○ 보험년도

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

○ 책임준비금

책임준비금 = 보장부분 책임준비금 + 적립부분 책임준비금

가. 보장부분 책임준비금

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

나. 적립부분 책임준비금

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

○ 해지환급금

- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 책임준비금에서 해지공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액
- 해지공제액(미상각 신계약비)
 - : 신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 신계약비라 하며, 일정기간 동안 보험료에서 균등하게 공제함. 그러나 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 신계약비를 한꺼번에 공제하게 되는데 이를 해지공제액(미상각 신계약비)라 함
- 해지환급금 = 기본계약 해지환급금(보장부분 해지환급금 + 적립부분 해지환급금)
+ 특별약관 해지환급금

무배당

하이라이프굿앤굿어린이보험(Hi1106)

1종 보통약관

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관 목차

제1장 계약의 성립과 유지	11	제4장 계약 전 알릴의무 등	18
제1조 (계약의 성립)		제25조 (계약전 알릴 의무)	
제2조 (청약의 철회)		제26조 (상해보험계약 후 알릴 의무)	
제3조 (약관교부 및 설명의무 등)		제27조 (알릴 의무 위반의 효과)	
제4조 (계약의 무효)		제28조 (중대사유로 인한 해지)	
제5조 (계약내용의 변경 등)		제29조 (사기에 의한 계약)	
제6조 (계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)		제5장 보험금 지급의 절차 등	19
제7조 (계약의 소멸)		제30조 (주소변경통지)	
제8조 (보험나이 등)		제31조 (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)	
제2장 보험료의 납입 등	13	제32조 (대표자의 지정)	
제9조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)		제33조 (보험금 지급사유의 통지)	
제10조 (제2회 이후 보험료의 납입)		제34조 (보험금 등 청구시 구비서류)	
제11조 (보험료의 자동대출납입)		제35조 (보험금의 지급)	
제12조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)		제36조 (환급금의 지급)	
제13조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))		제37조 (보험금을 받는 방법의 변경)	
제14조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))		제38조 (계약내용의 교환)	
제3장 보험금의 지급	15	제39조 (보험계약대출)	
제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)		제6장 분쟁조정 등	21
제16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)		제40조 (분쟁의 조정)	
제17조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)		제41조 (관할법원)	
제18조 (중도인출금)		제42조 (약관의 해석)	
제19조 (공시이율의 적용 및 공시)		제43조 (회사가 제작한 보험안내장의 효력)	
제20조 (만기환급금의 지급)		제44조 (회사의 손해배상책임)	
제21조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)		제45조 (회사의 파산선고와 해지)	
제22조 (해지환급금)		제46조 (예금보험기금에 의한 지급보장)	
제23조 (배당금의 지급)		제47조 (준거법)	
제24조 (소멸시효)			

제1장 계약의 성립과 유지

제1조 (계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다.)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.



< 보험료 >

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

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
 보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비
 적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보장부분 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다.) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.



< 예정이율 >

회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

제2조 (청약의 철회)

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



< 보험계약대출이율 >

계약자는 해당 계약의 해지한금금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 “보험계약대출”이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 “보험계약대출이율”이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조 (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 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 송부하고, 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요한 내용 설명은 다음 각 호의 방법으로 대신할 수 있습니다.
 1. 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관의 중요한 내용에 대하여 확인하는 하는 경우.
 2. 계약자가 동의하는 경우 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고, 그에 대한 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음하는 경우
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다.)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제2호의 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제4조 (계약의 무효)

- 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
 2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우



< 심신상실자 >

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

< 심신박약자 >

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

3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제5조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
 5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로서 회사에 대항하지 못합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우

에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

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

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (계약의 소멸)

- ① 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자) 모두에 대하여 이 계약이 더 이상 효력을 가지지 아니하는 때에는 이 계약은 소멸됩니다.

제8조 (보험나이 등)

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

< 보험나이 계산 예시 >
 생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2011년 4월 1일
 ⇒ 2011년 4월 1일 - 1988년 10월 2일 = 22년 6월 30일 = 23세

제2장 보험료의 납입 등

제9조 (제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 - 1. 제25조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 제27조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 - 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제10조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

제11조 (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의

자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제12조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다.)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 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 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제13조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

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

효과) 및 제29조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국제 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(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.



< 강제집행 >

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

< 담보권실행 >

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

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

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

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

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

제3장 보험금의 지급

제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장애분류표([별표 1] “장애분류표” 참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
후유장해보험금	상해로 장애지급률이 3%이상에 해당하는 장애상태가 된 경우	장애분류표에서 정한 지급률을 이 계약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

- ② 이 계약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체

에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.



< 보험기간 >

보험기간이라 함은 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 기간을 말합니다.

< 보험가입금액 >

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험자가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

제16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미

지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체 부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제17조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

니다.) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)

- 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제18조 (중도인출금)

- ① 회사는 보장개시일부터 2년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매 보험년도마다 1회에 한하여 중도인출금을 지급하여 드립니다. 단, 중도인출금은 적립보험료를 납입하는 계약에 한하여 요청할 수 있습니다.
- ② 제1항의 중도인출금은 기본계약 적립부분해지환급금의 80%의 범위내에서 신청할 수 있으며, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 적립부분 해지환급금의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금액을 차감합니다.



< 보험년도 >

보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2009년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년입니다.



<중도인출금의 한도 예시>

계약자 신청 시점에서 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 계산된 해지환급금이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 80만원(100만원의 80%)이며, 기 신청한 보험계약 대출금(원리금 합계가 30만원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 50만원(80만원 - 30만원)입니다.

제19조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 적립손보험료에 대한 적립이율은 보장성 공시이율(이하 “공시이율”이라 함

니다.)로 매월 회사가 정한 이율로 합니다.

- ② 제1항의 공시이율은 회사가 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 산술평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 조정률의 가감한도는 산출 공시이율의 20%로 합니다.

1. 운용자산이익률은 “운용자산이익률”에서 “투자지출률”을 차감하여 산출하며, 운용자산이익률 및 투자지출률은 보험업감독규정에 따라 작성된 손익계산서상의 투자영업이익 및 투자영업비용으로 계산합니다.

· 운용자산이익률(%) = $\frac{\{(2 \times \text{직전 1년간 투자영업이익}\} \times 100\}}{\{\text{직전 1년 1개월말 현재운용자산} + \text{전월말 현재운용자산} - (\text{직전 1년간 투자영업이익} - \text{직전 1년간 투자영업비용})\}}$

· 투자지출률(%) = $\frac{\{(2 \times \text{직전 1년간 투자영업비용}\} \times 100\}}{\{\text{직전 1년 1개월말 현재운용자산} + \text{전월말 현재운용자산} - (\text{직전 1년간 투자영업이익} - \text{직전 1년간 투자영업비용})\}}$

2. 외부지표금리는 시중 실세금리를 반영한 것으로서 “국고채 수익률”, “회사채 수익률”, “통화안정증권 수익률” 및 “양도성예금증서 수익률”의 직전 3개월 이율을 가중이동평균하여 산출합니다.

외부지표금리수익률(%) = $\frac{(3 \times A1 + 3 \times A2 + 2 \times A3 + 2 \times A4)}{10}$

A1 : 국고채 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율
 A2 : 회사채 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율
 A3 : 통화안정증권 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율
 A4 : 양도성예금증서 수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

※ 가중이동평균이율 = $\frac{(Mi(-3) \times 1 + Mi(-2) \times 2 + Mi(-1) \times 3)}{6}$

Mi(-3)은 직전 3개월, Mi(-2)은 직전 2개월, Mi(-1)은 직전 1개월 이율

(주) 1. 회사채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 3년만기 무보증회사채(AA-)의 최종호가수익률로 함.
 2. 국고채수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 3년만기 국고채권의 최종호가수익률로 함.
 3. 통화안정증권 수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 통화안정증권(1년)의 최종호가수익률로 함.
 4. 양도성예금증서 수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 91일 양도성예금증서의 최종호가수익률로 함.
 5. 각각의 이율은 각월의 직전1월의 16일부터 각월의 당월 15일까지의 회사채평균수익률, 국고채 평균수익률, 통화안정증권 평균수익률 및 양도성예금증서 평균수익률을 기준으로 함.

- ③ 제1항의 공시이율은 동종상품의 배당보험 공시이율보다 높게 적용합니다.
 ④ 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 변경된 이율을 적용하며, 공시이율의 최저보증이율은 연복리 2.0%로 합니다.



<최저보증이율>

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 2%인 경우 공시이율이 1%로 낮아지더라도 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2%)로 부리됩니다. 따라서, 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 부리한 적립금은 보장받을 수 있습니다.

- ⑤ 세부적인 공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한 “보험상품 적용이율 운용지침”을 따릅니다.
 ⑥ 회사는 제1항 내지 제5항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시하며, 계약자에게 연1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지합니다.

제20조 (만기환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자가 보험료의 납입을 완료하고 보험기간이 끝난 때에는 적립순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 제19조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는자)에게 지급하여 드립니다.
 ② 제1항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약 대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.



< 만기환급금 계산에 관한 사항 >

보험기간 중 지급된 중도인출금 및 중도환급금, 적립부분 책임준비금에서 대체납입되는 보험료가 있는 경우에는 해당 금액을 발생 당시에 차감한 후 공시이율로 만기시까지 부리하여 적절한 금액을 만기환급금으로 합니다.

제21조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 계약의 사망당시 보장부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.
 ② 이 계약의 피보험자(보험대상자)가 모두 사망한 경우에는 회사가 적절한 이 계약의 사망당시 적립부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.

무배당 하이브리프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중

- ③ 제1항 및 제2항의 보장부분 책임준비금과 적립부분 책임준비금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제22조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이때 적립순보험료에 대하여는 회사의 보장개시일부터 보험료 납입경과기간에 따라 제19조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율을 아래와 같이 적용합니다. 다만, 최저보증이율은 연복리 2.0%로 합니다.

보험료 납입경과기간	이율
1년미만	공시이율 × 80%
1년 이상 2년 미만	공시이율 × 90%
2년이상	공시이율

< 보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시 >

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

- ② 제1항의 해지환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급하여 드립니다.



< 해지환급금 계산에 관한 사항 >

계약이 해지되기 전 지급된 중도인출금 및 중도환급금, 적립부분 책임준비금에서 대채 납입되는 보험료가 있는 경우에는 해당 금액을 발생 당시에 차감한 후 공시이율로 해지시까지 부리하여 적립한 금액을 기준으로 계산한 금액을 해지환급금으로 합니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제23조 (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제24조 (소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 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.

제4장 계약 전 알릴의무 등

제25조 (계약전 알릴 의무)

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

< 계약전 알릴의무 >

상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)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.

제26조 (상해보험 계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다.)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또

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

제27조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제25조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제26조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때.
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때.
 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초 자료(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 제22조(해지환급금)에서 정한 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 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 없습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 그 손해에 대하여 제26조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명하는 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제28조 (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 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제29조 (사기에 의한 계약)

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

제5장 보험금 지급의 절차 등

제30조 (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다.)는 주소

또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

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

제31조 (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 제20조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 사망 보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제32조 (대표자의 지정)

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

제33조 (보험금 지급사유의 통지)

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

제34조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사 처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급된 것이어야 합니다.

제35조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 영업일 이내에 지급하여 드립니다.



< 영업일 >

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

- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 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 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 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
 6. 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다.)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제27조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제36조 (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
- ③ 해지환급금과 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 환급금 발생사실을 알린 경우의 만기환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제37조 (보험금을 받는 방법의 변경)

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

제38조 (계약내용의 교환)

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

- 1. 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
- 2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
- 3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
- 4. 피보험자(보험대상자)의 상태 및 질병에 관한 정보

제39조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을

받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금, 환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6장 분쟁조정 등

제40조 (분쟁의 조정)

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

제41조 (관할법원)

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

제42조 (약관의 해석)

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

제43조 (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

제44조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약

무배당 하이브리프콘크리트인디보험(HI1106) 1중

자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제45조 (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)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제46조 (예금보험기금에 의한 지급보장)

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



< 예금자보호제도 >

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

제47조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당

하이라이프굿앤굿어린이디보험(Hi1106)

1종 특별약관

무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 특별약관 목차

II. 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 특별약관

1. 사망후유장해보장 특별약관

1-1. 상해사망보장 특별약관	1-1
1-2. 질병사망보장 특별약관	1-1
1-3. 모성사망보장 특별약관	1-2
1-4. 교통상해후유장해(비운전중)보장 특별약관	1-3
1-5. 교통상해후유장해(비탑승중)보장 특별약관	1-4
1-6. 교통상해후유장해(대중교통이용중)보장 특별약관	1-6
1-7. 자전거탑승중상해후유장해보장 특별약관	1-7
1-8. 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관	1-9
1-9. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관	1-10
1-10. 상해후유장해(80%이상, 수발보상)보장 특별약관	1-11
1-11. 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	1-12
1-12. 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	1-14
1-13. 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	1-15
1-14. 질병후유장해(80%이상, 수발보상)보장 특별약관	1-17

2. 진단보장 특별약관

2-1. 골절진단보장 특별약관	2-1
2-2. 5대골절진단보장 특별약관	2-1
2-3. 화상진단보장 특별약관	2-2
2-4. 중증화상/부식진단보장 특별약관	2-3
2-5. 다발성소아암진단보장 특별약관	2-4
2-6. 다발성소아암이외의암진단보장 특별약관	2-5
2-7. 항암방사선약물치료보장 특별약관	2-6
2-8. 질병특정고도장해보장 특별약관	2-7
2-9. 양성뇌종양진단보장 특별약관	2-8
2-10. 심장관련소아특정질병진단보장 특별약관	2-9
2-11. 중대한재생불량성빈혈진단보장 특별약관	2-10
2-12. 특정전염병진단보장 특별약관	2-11
2-13. 3대장애진단보장 특별약관	2-12
2-14. 중증세균성수막염진단보장 특별약관	2-13
2-15. 인슐린의존당뇨병진단보장 특별약관	2-14
2-16. 신생아장해출생진단보장 특별약관	2-15

3. 입원보장 특별약관

3-1. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-1
3-2. 상해입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-1
3-3. 상해입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-2
3-4. 상해입원일당(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-3
3-5. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-4
3-6. 질병입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-5
3-7. 질병입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-7
3-8. 질병입원일당(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-8
3-9. 암입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-9
3-10. 식중독입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-11
3-11. 임신·출산질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-13
3-12. 유산입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-14
3-13. 저체중아입원일당(3일이상)보장 특별약관	.....	3-16
3-14. 신생아질병입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-17
3-15. 상해입원(31일이상)보장 특별약관	.....	3-18
3-16. 상해입원(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-19
3-17. 자전거탑승중상해입원(31일이상)보장 특별약관	.....	3-20
3-18. 질병입원(31일이상)보장 특별약관	.....	3-21
3-19. 질병입원(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	.....	3-22

4-20. 정신및행동장애입원(4일이상)보장 특별약관	3-24
------------------------------	-------	------

4. 수술보장 특별약관

4-1. 상해수술(갱신형)보장 특별약관	.....	4-1
4-2. 골절수술보장 특별약관	.....	4-2
4-3. 5대골절수술보장 특별약관	.....	4-3
4-4. 화상수술보장 특별약관	.....	4-4
4-5. 중대한특정상해수술보장 특별약관	.....	4-5
4-6. 상해흉터성형수술보장 특별약관	.....	4-6
4-7. 질병수술(갱신형)보장 특별약관	.....	4-7
4-8. 암수술보장 특별약관	.....	4-9
4-9. 조혈모세포이식수술보장 특별약관	.....	4-10
4-10. 충수염수술보장 특별약관	.....	4-11
4-11. 당뇨병수술보장 특별약관	.....	4-12
4-12. 선천이상수술보장 특별약관	.....	4-13
4-13. 임신·출산질환수술보장 특별약관	.....	4-14
4-14. 유산수술보장 특별약관	.....	4-15
4-15. 어린이개흉심장수술보장 특별약관	.....	4-17
4-16. 장기이식수술보장 특별약관	.....	4-17
4-17. 각막이식수술보장 특별약관	.....	4-18

5. 비용손해보장 특별약관

5-1. 자동차사고(스쿨존내교통사고)보장 특별약관	.....	5-1
5-2. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관	.....	5-1
5-3. 유괴·납치·불법감금피해보장 특별약관	.....	5-2
5-4. 미성년성폭력범죄피해보장 특별약관	.....	5-3
5-5. 폭력피해보장 특별약관	.....	5-4
5-6. 갑스치료보장 특별약관	.....	5-5
5-7. 부정교합치료(갱신형)보장 특별약관	.....	5-6
5-8. 시력치료(갱신형)보장 특별약관	.....	5-7
5-9. 시력교정(갱신형)보장 특별약관	.....	5-8
5-10. 영구치상실(갱신형)보장 특별약관	.....	5-10
5-11. 의료사고법률비용보장 특별약관	.....	5-11

6. 실손의료보장 특별약관

6-0. 실손의료보장 공통 특별약관	.....	6-1
6-1. 상해입원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-9
6-2. 상해통원실손의료(갱신형)보장 특별약관	.....	6-10
6-3. 질병입원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	.....	6-12
6-4. 질병통원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	.....	6-14
6-5. 상해질병입원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	.....	6-16

6-6. 상해질병통원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	6-17
------------------------------	-------	------

7. 배상책임 보장 특별약관

7-0. 배상책임 보장 공통 특별약관	.....	7-1
7-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관	.....	7-6
7-2. 일상생활중배상책임(자녀)보장 특별약관	.....	7-8

8. 기타 특별약관

8-1. 출생전 자녀가입 특별약관	.....	8-1
8-2. 계약전환 특별약관	.....	8-2
8-3. 피보험자(보험대상자)추가 특별약관	.....	8-2
8-4. 지정대리청구서비스 특별약관	.....	8-4
8-5. 특별조건부인수 특별약관	.....	8-5
8-6. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	.....	8-6
8-7. 만기고객보험료할인 특별약관	.....	8-7

1. 사망후유장해보장 특별약관

1-1. 상해사망보장 특별약관	..... 1-1	1-14. 질병후유장해(80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-17
1-2. 질병사망보장 특별약관	..... 1-1		
1-3. 모성사망보장 특별약관	..... 1-2		
1-4. 교통상해후유장해(비운전중)보장 특별약관	..... 1-3		
1-5. 교통상해후유장해(비탑승중)보장 특별약관	..... 1-4		
1-6. 교통상해후유장해(대중교통이용중)보장 특별약관	..... 1-6		
1-7. 자전거탑승중상해후유장해보장 특별약관	..... 1-7		
1-8. 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관	..... 1-9		
1-9. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관	..... 1-10		
1-10. 상해후유장해(80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-11		
1-11. 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-12		
1-12. 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-14		
1-13. 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관	..... 1-15		

1-1. 상해사망보장 특별약관

< 가입가능한 피보험자(보험대상자)의 범위 >

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자(보험대상자)는 무배당 하이라이프콧앤굿어린이 보험(Hi1106) 1중 보통약관의 피보험자(보험대상자, 만15세이상) 본인 및 피보험자(보험대상자) 본인의 부양자로 합니다.

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	상해로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종 선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린이 보험(Hi1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-2. 질병사망보장 특별약관

< 가입가능한 피보험자(보험대상자)의 범위 >

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자(보험대상자)는 무배당 하이라이프콧앤굿어린이 보험(Hi1106) 1중 보통약관의 피보험자(보험대상자, 만15세이상) 본인 및 피보험자(보험대상자) 본인의 부양자로 합니다.

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	질병으로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우, 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)” 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년 이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년 이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이 보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-3. 모성사망보장 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.)은 계약일부턴 분만 후 42일까지로 합니다.

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 “여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정 질병” ([별표2] “여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표” 참조)으로 인하여 임신 중 또는 분만 후 42일 이내에 사망하는 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

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

제3조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제4조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제5조 (특약체결의 특례)

- ① 보통약관 보험기간 중에 이 특약을 체결하는 경우 이 특약의 보험료는 특약 체결일에 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대

체하는 방법으로 납입합니다.

- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 총당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제18조 (중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-4. 교통상해후유장해 (비운전중)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] “장해분류표” 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
후유장해보험금	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (비운전중 교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “비운전중 교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 “자동차 이외의 교통수단”(이하 “기타교통수단”이라 합니다.)에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있을 때에 발생한 교통사고
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단

의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “기타교통수단”이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
 4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 손해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-5. 교통상해후유장해(비탑승중)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 비탑승중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(별표1 “장해분류표” 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
후유장해보험금	비탑승중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (비탑승중 교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “비탑승중 교통사고”라 함은 운행중인 교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고를 말합니다.
- ② 제1항에서 “교통수단”이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트 펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6중 건설기계”라 합니다)를 말합니다.
 2. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터

- 및 에스컬레이터, 모노레일
- 3. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- 4. 항공기, 선박 (요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- 5. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 차감하여 지급하여 드립니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애

- 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애
- ⑧ 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 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장애보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-6. 교통상해후유장해(대중교통이용중)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] “장해분류표” 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
후유장해보험금	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (대중교통이용중 교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “대중교통이용중 교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승 중 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승하차 하던 중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고
- ② 제1항에서 “대중교통수단”이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ③ 이 특약에서 “기타교통수단”이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일

2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
4. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던

- 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
 - ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 손해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-7. 자전거탑승중상해후유장해보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자전거 탑승중 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] “장해분류표” 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
후유장해보험금	자전거 탑승중 사고로 발생한 상해로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장구나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (자전거 탑승중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자전거 탑승중”이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자전거”라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제16항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.
- ③ 제1항에서 “자전거를 운전중”이라 함은 피보험자(보험대상자)가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결

정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장애보험금을 차감하여 지급하여 드립니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
 - 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애
- ⑧ 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 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장애보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아

니하는 사유)를 따릅니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자전거에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 - 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 3. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-8. 상해후유장애(80%이상)보장 특별약관

< 가입가능한 피보험자(보험대상자)의 범위 >

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자(보험대상자)는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관의 피보험자(보험대상자) 본인 및 피보험자(보험대상자) 본인의 부양자로 합니다.

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] “장해분류표” 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

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

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률

- 을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-9. 질병 후유장해(80%이상)보장 특별약관

< 가입가능한 피보험자(보험대상자)의 범위 >

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자(보험대상자)는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관의 피보험자(보험대상자) 본인 및 피보험자(보험대상자) 본인의 부양자로 합니다.

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] “장해분류표” 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장

- 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 그 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 질병으로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한

사황에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ⑩ 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑪ 제10항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프콧앤케어라이프보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑫ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

1-10. 상해후유장해(80%이상, 수발보상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] “장해분류표” 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 10년간 매년 사고발생일에 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
수발보상급여금	상해로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 수발보상급여금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하

는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 수발보상급여금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 지급받은 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 수발보상급여금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 수발보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 수발보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 수발보상급여금이 지급되지 않았던 후유장애
- ⑧ 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 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 수발보상급여금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지

환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-11. 교통상해후유장애(비운전중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장애분류표([별표1] “장애분류표” 참조)에서 정한 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 아래의 금액을 10년간 매년 사고발생일에 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
수발보상급여금	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (비운전중 교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “비운전중 교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행중인 자동차에 운전자를 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 “자동차 이외의 교통수단”(이하 “기타교통수단”이라 합니다.)에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있을 때에 발생한 교통사고
 2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에

정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.

- ③ 제1항에서 “기타교통수단”이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
 4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하고 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 수발보상급여금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 수발보상급여금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 지급받은 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는

다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 수발보상급여금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 장애지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 수발보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 수발보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 수발보상급여금이 지급되지 않았던 후유장애
- ⑧ 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 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 수발보상급여금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을

무배당 하이브리프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중

받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지 환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-12. 교통상해후유장해(비탐승중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 비탐승중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(〔별표1〕 “장해분류표” 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 10년간 매년 사고발생일에 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
수발보상급여금	비탐승중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (비탐승중 교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “비탐승중 교통사고”라 함은 운행중인 교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고를 말합니다.
- ② 제1항에서 “교통수단”이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - 1. 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트 펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6중 건설기계”라 합니다)를 말합니다.
 - 2. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터

- 및 에스컬레이터, 모노레일
- 3. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- 4. 항공기, 선박 (요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
- 5. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 수발보상급여금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 수발보상급여금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 수발보상급여금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 수발보상급여금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 수발보상급여금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 수발

- 보상금여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 수발보상금여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 수발보상금여금이 지급되지 않았던 후유장해
 - ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
 - ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 수발보상금여금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤케어인ICI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 2. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-13. 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 수발보상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] “장해분류표” 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 10년간 매년 사고발생일에 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
수발보상금여금	대중교통이용중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (대중교통이용중 교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “대중교통이용중 교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승 중 일어난 교통사고
 2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승차차 하던 중 일어난 교통사고
 3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고
- ② 제1항에서 “대중교통수단”이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 여객수송용 항공기
 2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
 3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
 4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
- ③ 이 특약에서 “기타교통수단”이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터

무배당 하이브리프콘크리트어린아디보험(HI1106) 1중

- 및 에스컬레이터, 모노레일
- 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
- 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
- 4. 6중 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장애지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 수발보상급여금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 수발보상급여금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 지급받은 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 수발보상급여금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 장애지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 수발

- 보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
- 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 수발보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 수발보상급여금이 지급되지 않았던 후유장애
- ⑧ 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 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 수발보상급여금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 의하여 예정이율로 할인한 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이브리프콘크리트어린아디보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 - 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-14. 질병 후유장애 (80%이상, 수발보상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병의 직접결과로써 장애분류표([별표1] “장애분류표” 참조)에서 정한 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 아래의 금액을 10년간 매년 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
수발보상급여금	질병으로 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 된 경우	이 특약 보험가입금액의 10% 해당액

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장애지급률이 그 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 수발보상급여금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 질병으로 두가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생하는 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 수발보상급여금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 지급받은 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 수발보상급여금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 장애지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 수발보상급여금에 해당하는 장애지급률을 차감하여 장애지급률을 결정합니다.
 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 수발보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 수발보상급여금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 수발보상급여금이 지급되지 않았던 후유장애
- ⑧ 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 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑪ 제10항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프콧앤케어인ICI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑫ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑬ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 수발보상급여금은 수익자의 요청에 의하여 예정이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급하여 드릴 수 있습니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

무배당 하이브리프콘크리트어린이디보험(HI1106) 1중

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

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2. 진단보장 특별약관

2-1. 골절진단보장 특별약관	..... 2-1	2-14. 중증세균성수막염진단보장 특별약관	..... 2-13
2-2. 5대골절진단보장 특별약관	..... 2-1	2-15. 인슐린의존당뇨병진단보장 특별약관	..... 2-14
2-3. 화상진단보장 특별약관	..... 2-2	2-16. 신생아장해출생진단보장 특별약관	..... 2-15
2-4. 중증화상/부식진단보장 특별약관	..... 2-3		
2-5. 다발성소아암진단보장 특별약관	..... 2-4		
2-6. 다발성소아암이외의암진단보장 특별약관	..... 2-5		
2-7. 항암방사선약물치료보장 특별약관	..... 2-6		
2-8. 질병특정고도장해보장 특별약관	..... 2-7		
2-9. 양성뇌종양진단보장 특별약관	..... 2-8		
2-10. 심장관련소아특정질병진단보장 특별약관	..... 2-9		
2-11. 중대한재생불량성빈혈진단보장 특별약관	..... 2-10		
2-12. 특정전염병진단보장 특별약관	..... 2-11		
2-13. 3대장애진단보장 특별약관	..... 2-12		

2-1. 골절진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “골절” (“치아파절” 제외)로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
골절진단보험금	“골절” (“치아파절” 제외)로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장구나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (골절 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “골절”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 [별표3] “골절 분류표”에 해당하는 상병을 말합니다.

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

대상이 되는 상병	분류번호
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-2. 5대골절진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “5대골절”로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
5대골절진단보험금	“5대골절”로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (5대골절의 정의)

이 특약에서 “5대골절”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] “5대골절 분류표”에 해당하는 상병을 말합니다.

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 5대골절진단보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프케어보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-3. 화상진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “화상”으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
화상진단보험금	“화상”으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (화상의 정의)

이 특약에서 “화상”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표5] “화상 분류표”에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상 진단보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 "보통약관" 이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지

환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-4. 중증화상/부식진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “중증화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
중증화상/부식 진단보험금	“중증화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)”으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (중증 화상 및 부식의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 "중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)'에 의해 측정된 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ② “중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다.)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

무배당 하이브리프크앳어린아이보험(HI1106) 1종

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이브리프크앳어린아이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 증증화상/부식진단 보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-5. 다발성소아암진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “다발성소아암”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
다발성소아암 진단보험금	“다발성소아암”으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (다발성소아암의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “다발성소아암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 6] “다발성소아암 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 악성신생물	C70
2. 뇌의 악성신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
4. 호지킨림프종	C81
5. 소포성 림프종	C82
6. 비소포성 림프종	C83
7. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
8. 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
9. 림프성 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
15. 만성 골수증식질환	D47.1
16. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- ② “다발성소아암”에 대한 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 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “다발성소아암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) “다발성소아암”의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “다발성소아암”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 다발성소아암진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “다발성소아암”이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그

- “다발성소아암”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프콧앤콧어린이 CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
 - ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 다발성소아암진단 보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-6. 다발성소아암이외의암진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”,

“이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “암등의 질병”으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 “다발성 소아암 이외의 암”(“기타피부암”, “갑상선암” 제외)으로 제1호의 다발성소아암이외의암진단보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양은 진단보험금을 지급하지 아니합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 다발성소아암 이외의암 진단보험금	“다발성소아암이외의암”(“기타피부암”, “갑상선암” 제외)으로 진단 확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암 진단보험금	“기타피부암”으로 진단 확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암 진단보험금	“갑상선암”으로 진단 확정된 경우	
4. 제자리암 진단보험금	“제자리암”으로 진단 확정된 경우	
5. 경계성종양 진단보험금	“경계성종양”으로 진단 확정된 경우	

제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “다발성 소아암 이외의 암”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표7] “다발성 소아암 이외의 암 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(pre-malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] “제자리신생물 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암등의 질병”이라 함은 제1항에서 정한 “다발성 소아암 이외의 암”, 제4항에서 정한 “제자리암” 및 제5항에서 정한 “경계성종양”을 총칭합니다.

무배당 하이브리프콘크리트인디보험(HI1106) 1종

- ⑦ “암등의 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병”의 경우 청약서상 “계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “암등의 질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “암등의 질병”이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 “암등의 질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이브리프콘크리트인디보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 다발성소아암이외의 악성진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-7. 항암방사선약물치료보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “암”으로 진단 확정되고, 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 “암”(“기타피부암”, “갑상선암” 제외)으로 제1호의 암의항암방사선약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 기타피부암 또는 갑상선암은 항암방사선약물치료보험금을 지급하지 아니합니다.

보험금의 종류	지급금액
1. 암의 항암방사선약물치료보험금	“암”(“기타피부암”, “갑상선암” 제외)으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암의 항암방사선약물치료보험금	“기타피부암”으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암의 항암방사선약물치료보험금	“갑상선암”으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우

제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] “악성신 생물(암) 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조 (항암방사선·약물치료의 정의)

이 특약에서 “항암방사선·약물치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암 방사선치료”라 합니다.) 또는 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다.)을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “암”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “암”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 항암방사선약물치료보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “암”으로 인

- 하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암의항암방사선약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-8. 질병특정고도장해보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”,

무배당 하이라이프굿어린이지보험(HI1106) 1종

“이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 질병의 직접결과로써 “질병특정고도장해”가 되거나 “5대장애” 중 하나 이상의 장애가 발생하여 “1급 또는 2급 장애인”이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
질병특정고도장해 보험금	“질병특정고도장해”가 되거나 “5대장애” 중 하나 이상의 장애가 발생하여 “1급 또는 2급 장애인”이 된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (질병특정고도장해 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 정한 “질병특정고도장해”라 함은 [별표11] “질병특정고도장해 판정기준”의 1.에서 정한 장애상태가 되었을 경우 및 [별표11] “질병특정고도장해 판정기준”의 2.-8.에서 정한 장애상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장애상태의 원인이 되는 질병의 최초진단확정일로부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초진단확정일로부터 180일이 지난 날의 의사진단에 기초하여 장애상태를 결정합니다.
- ③ 이 특약에서 “5대장애”라 함은 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “1급 또는 2급 장애인”이라 함은 “장애인 복지법 시행령” 제2조 및 “장애인 복지법 시행규칙” 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인)을 말합니다.)을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병특정고도장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿어린이 보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 2. 피보험자(보험대상자)의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병특정고도장해 보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-9. 양성뇌종양진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “양성뇌종양”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보

형금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
양성뇌종양 진단보험금	“양성뇌종양” 으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양” 이라 함은 [별표12] “양성뇌종양 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.

가. 양성뇌종양이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.

나. 위 가.의 양성뇌종양은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말합니다.

다. 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.

라. 양성뇌종양의 진단 확정은 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

② “양성뇌종양” 의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다.) 자격증을 가진 자(이하 “의사” 라고 합니다.)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “양성뇌종양” 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “양성뇌종양” 의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)” 에 해당하는 “양성뇌종양” 으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 양성뇌종양진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “양성뇌종양” 이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 “양성뇌종양” 으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을

경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.

- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-10. 심장관련소아특정질병진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약” , “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 “심장관련 소아특정질

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종

병”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
심장관련소아특정질병 진단보험금	“심장관련 소아특정질병”으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (심장관련 소아특정질병 등의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “심장관련 소아특정질병”이라 함은 “심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)” 및 “판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)”을 말합니다.
- ② 제1항에서 “심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)”이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥(심장동맥)의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 “판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)”이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.
- ④ “심장관련 소아특정질병”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외)자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “심장관련 소아특정질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “심장관련소아특정질병”의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “심장관련소아특정질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 심장관련소아특정질병진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “심장관련소아특정질병”이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 “심장관련소아특정질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말

합니다.

- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 심장관련소아특정질병진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-11. 중대한재생불량성빈혈진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “중대한 재생불량성빈혈”로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
중대한재생불량성빈혈 진단보험금	“중대한 재생불량성빈혈” 로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (중대한 재생불량성빈혈의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “중대한 재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)” 이라 함은 “영구적인 재생불량성빈혈” 로서 피보험자(보험대상자)가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 “영구적인 재생불량성빈혈” 이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm³ 미만이거나, 또는 골수세포종실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 호중구 수가 500/mm³ 미만
 2. 혈소판 수가 20,000/mm³ 미만
 3. 망상적혈구 수가 20,000/mm³ 미만
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 “재생불량성빈혈” 은 보장에서 제외됩니다.
- ④ “중대한 재생불량성빈혈” 의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중대한 재생불량성빈혈” 의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “중대한 재생불량성빈혈” 의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)” 에 해당하는 “중대한 재생불량성빈혈” 로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중대한재생불량성빈혈진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “중대한 재생불량성빈혈” 이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 “중대한 재생불량성빈혈” 로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말

합니다.

- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-12. 특정전염병진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 “특정전염병” 에 감염되어 “전염병환자” 로 진단받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중

보험금의 종류		지급금액
특정전염병진단보험금	“특정전염병”에 감염되어 “전염병환자”로 진단받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (특정전염병 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “특정전염병”이라 함은 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조에서 규정하고 있는 감염병 중 [별표13] “특정전염병 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1 - A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장출혈성대장균감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33 - A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진(독일홍역)	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렘토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막구균 수막염	A39.0
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 제창군인병	A48.1 - A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장 중후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50 ~ B54

- ② 이 특약에서 “전염병환자”라 함은 특정전염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조제5항의 진단 기준에 따

른 의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 되고, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조에 의하여 소속 의료기관의 장 또는 관할 보건소장에게 보고 또는 신고 되는 것을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-13. 3대장애진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해 또는 질병으로 인하여 “3대장애” 중 하나 이상의 장애가 발생하고 장애인이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
3대장애 진단보험금	“3대장애” 중 하나 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우	이 특약의 보험가입금액

② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (3대장애 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “3대장애” 라 함은 시각장애, 청각장애, 언어장애를 말합니다.
- ② 이 특약에서 “장애인” 이라 함은 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인([별표14] “장애인의 기준” 참조)을 말합니다.

1. 시각장애인	2. 청각장애인	3. 언어장애인
가. 나쁜 눈의 시력(만국식 시력표에 따라 측정된 것을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 라. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람	음성 기능 또는 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자(보험대상자)가 3대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 3대장애진단보험금만을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤콧어린이CI보험

(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 선천적 장애로 인한 장애에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 3대장애진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-14. 중증세균성수막염진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 “중증 세균성 수막염” 으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류	지급금액
중증세균성수막염 진단보험금	“중증 세균성 수막염” 으로 진단 확정된 경우 이 특약의 보험가입금액

제2조 (중증 세균성 수막염의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “중증 세균성 수막염” 이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성 수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서 제 6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 G00(달리 분류되지 않은 세균수막염), G01(달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염)에 해당되는 질환으로 다음을 동시에 만족하는 경우를 말합니다.
 1. 척수액에서 세균의 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백 증가가 나타남
 2. 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 “중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍”을 보임. 이 때 진단확정은 해당분야의 전문가가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 함.
- ② 제1항의 ‘뇌영상 검사상의 이상 소견’ 이라 함은 뇌자기공명(MRI), 전산화단층촬영(CT)등에서 경막하삼출(subdural effusion), 수두증(Hydrocephalus), 뇌종양(Brain abscess), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 경막하혈종(Subdural hematoma), 뇌기형(Megacisterna magna), 국소적허혈(Focal infarction), 작은종괴(Mass), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은 “중증 세균성 수막염”의 특징적 소견이 발생한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.
- ③ 제1항에서 “중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍” 이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장애분류표상 신경계, 정신행동장애의 해당지급률 25% 이상인 장애상태를 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “중증 세균성 수막염”의 경우 청약서상 “계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 “중증 세균성 수막염”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 중증세균성수막염진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “중증 세균성 수막염”이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “중증 세균성 수막염”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프애펀더리이디보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증세균성수막염 진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-15. 인슐린의존당뇨병진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “인슐린의존 당뇨병”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
인슐린의존당뇨병 진단보험금	“인슐린의존 당뇨병”으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (인슐린의존 당뇨병의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 “인슐린의존 당뇨병”이라 함은 체중에서 인슐린 분비가 감소됨으로써 대사에 장애가 생기고 혈당이 높아지는 질병으로 해당 전문의에 의해 [별표15] “인슐린의존 당뇨병 대상 질병분류표”에서 정한 “인슐린의존 당뇨병”으로 진단받는 경우를 말합니다.
- ② “인슐린의존 당뇨병”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(환의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “인슐린의존 당뇨병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “인슐린의존 당뇨병”의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 “인슐린의존 당뇨병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 인슐린의존당뇨병진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “인슐린의존 당뇨병”이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “인슐린의존 당뇨병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 인슐린의존당뇨병 진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

2-16. 신생아장해출생진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 저체중아출생보험금	피보험자(보험대상자)의 체중이 출생시 2,000그램 이하인 경우 (이하 “저체중아 출생”이라 합니다.), 피보험자(보험대상자)가 출생한 후 30일이상 생존한 경우	이 특약 보험가입금액의 10%
2. 장애출생보험금	피보험자(보험대상자)가 [별표16] “장애의 대상 분류표”에 해당하는 장애를 가지고 있는 경우 (이하 “장애 출생”이라 합니다.), 피보험자(보험대상자)에게 장애가 발견된 후 30일이상 생존한 경우	이 특약 보험가입금액의 100%
3. 심한장애출생보험금	피보험자(보험대상자)가 [별표17] “심한장애의 대상 분류표”에 해당하는 심한장애를 가지고 있는 경우 (이하 “심한장애 출생”이라 합니다.), 피보험자(보험대상자)에게 심한장애가 발견된 후 180일이상 생존한 경우	이 특약 보험가입금액의 300%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금은 자녀가 출생한 날부터 1년(제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 심한장애에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하 “사고발견기간”이라 합니다)이내에 의사의 진단에 의하여 사고가 발견되었던 경우에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자(보험대상자)에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 1인의 자녀에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 저체중아 출생, 장애 출생 또는 심한장애 출생 중 두 가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함 합니다)에는 각각에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ④ 1인의 자녀에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 장애 중 두 가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장애에 대해서만 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 1인의 자녀에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호에서 정한 심한장애 중 두 가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장애에 대해서만 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 부모의 고의
 2. 보험계약자의 고의
 3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조 (보장의 시기 및 종기)

- ① 피보험자(보험대상자)에 대한 회사의 보장은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)의 첫날에 시작하여 사고발견기간이 종료된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료 전이라도 사고가 발견되어 보험금이 지급된 경우에는 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다. 이 경우 시각은 보험증권(보험가입증서) 발행지의 표준시에 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 사고에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제5조 (무효 또는 해지인 경우의 환급)

- ① 보험계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 이미 납입한 보험료와 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
- ② 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험계약의 해지가 피보험자(보험대상자)의 출생 후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제6조 (납입보험료의 환급)

- ① 회사는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 저체중아 출생, 장애 출생의 경우 발견 후 30일 이내, 심한장애 출생의 경우에는 발견 후 180일 이내에 사망하는 때에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 다태아로 출생하여 1인 이상이 30일이상 생존하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하지 아니합니다.
- ③ 태아가 아래의 원인으로 인하여 유산이 되거나 사산된 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 다만, 한명의 피보험자(보험대상자)라도 출생하고 유산 또는 사산되는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하지 아니합니다.
 1. 자연유산인 경우
 2. 임신의 지속이 모체의 생명 또는 건강에 심한 장애를 초래할 수 있어 임신이 중단된 경우
 3. 태아의 기형과 정신박약이 예견되어 임신이 중단된 경우

제7조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다. 다만, 제6조(납입보험료의 환급) 제1항에서 정한 이미 납입한 보험료를 지급한 때에는 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 출생전 자녀가입 특별약관을 따릅니다.

3. 입원보장 특별약관

3-1. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	..... 3-1	3-16. 상해입원(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	..... 3-19
3-2. 상해입원일당(4일이상)보장 특별약관	..... 3-1	3-17. 자전거탑승중상해입원(31일이상)보장 특별약관	..... 3-20
3-3. 상해입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	..... 3-2	3-18. 질병입원(31일이상)보장 특별약관	..... 3-21
3-4. 상해입원일당(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	..... 3-3	3-19. 질병입원(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	..... 3-22
3-5. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	..... 3-4	3-20. 정신및행동장애입원(4일이상)보장 특별약관	..... 3-24
3-6. 질병입원일당(4일이상)보장 특별약관	..... 3-5		
3-7. 질병입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관	..... 3-7		
3-8. 질병입원일당(4일이상, 중환자실)보장 특별약관	..... 3-8		
3-9. 암입원일당(4일이상)보장 특별약관	..... 3-9		
3-10. 식중독입원일당(4일이상)보장 특별약관	..... 3-11		
3-11. 임신·출산질환입원일당(4일이상)보장 특별약관	..... 3-13		
3-12. 유산입원일당(4일이상)보장 특별약관	..... 3-14		
3-13. 자체중아입원일당(3일이상)보장 특별약관	..... 3-16		
3-14. 신생아질병입원일당(4일이상)보장 특별약관	..... 3-17		
3-15. 상해입원(31일이상)보장 특별약관	..... 3-18		

3-1. 상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접 결과로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

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

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 상해입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린아이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-2. 상해입원일당(4일 이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접 결과로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
상해입원급여금	상해로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일한도)

무배당 하이라이프케어보험(HI1106) 1종

- ② 이 특약에서 **상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.**

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 적용합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 상해입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니할 때에는 회사는 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프케어보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이

특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-3. 상해입원일당(1일이상, 중환자실)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접 결과로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 상해중환자실 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

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

- ② 이 특약에서 **상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.**

제2조 (중환자실의 정의)

이 특약에서 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 18] “의료기관의 시설규격” 참조)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해중환자실입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-4. 상해입원일당(4일 이상, 중환자실)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로 중환자실에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 상해중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
상해중환자실 입원급여금	상해로 중환자실에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (중환자실의 정의)

이 특약에서 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 18] “의료기관의 시설규격” 참조)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

무배당 하이라이프코어엔지니어리이보험(HI1106) 1종

- 니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해중환자실입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
 - ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프코어엔지니어리이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-5. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일 당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 단,

만, 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

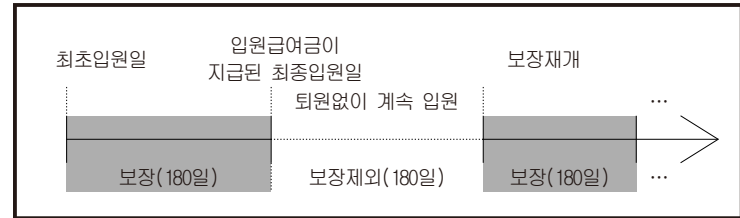
보험금의 종류		지급금액
질병입원급여금	질병으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의

치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더 합니다.

- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원급여금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이 CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그

때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-6. 질병입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

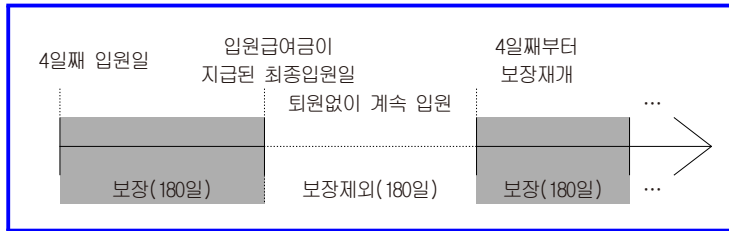
	보험금의 종류	지급금액
질병입원급여금	질병으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원급여금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.

- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프코어어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-7. 질병입원일당(1일 이상, 중환자실)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

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

제2조 (중환자실의 정의)

이 특약에서 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 18] “의료기관의 시설규격” 참조)을 말합니다.

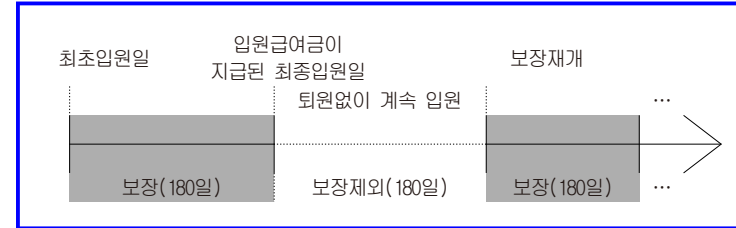
제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원

은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 질병중환자실입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실입원급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 노질환
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-8. 질병입원일당(4일이상, 중환자실)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일

을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
질병중환자실 입원급여금	질병으로 중환자실에 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

제2조 (중환자실의 정의)

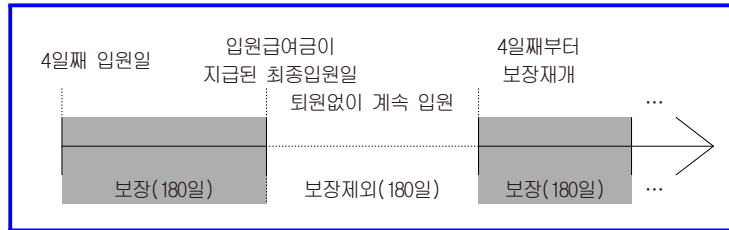
이 특약에서 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 18] “의료기관의 시설규격” 참조)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 질병중환자실입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실입원급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 뇌질환
 - 2. 성병

- 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-9. 암입원일당(4일 이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “암등의 질병”으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암입원급여금	“암” (“기타피부암” , “갑상선암 “ 제외)으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액(120일 한도)
2. 기타피부암 입원급여금	“기타피부암” 으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액(120일 한도)
3. 갑상선암 입원급여금	“갑상선암” 으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	
4. 제자리암 입원급여금	“제자리암” 으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	
5. 경계성종양 입원급여금	“경계성종양” 으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	

제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] “악성신생물(암) 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] “제자리신생물 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암등의 질병” 이라 함은 제1항에서 정한 “암” , 제4항에서 정한 “제자리암” 및 제5항에서 정한 “경계성종양” 을 총칭합니다.
- ⑦ “암등의 질병” 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는

증거가 있어야 합니다.

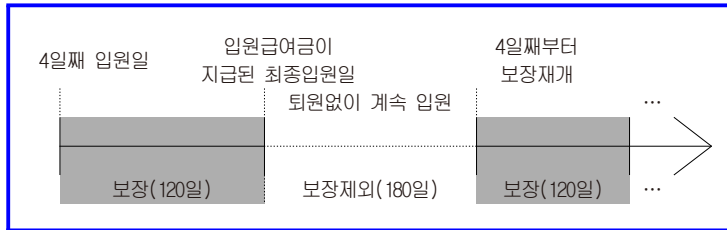
【유의사항】
 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “암등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원” 이란 의사에 의해 “암등의 질병” 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “암등의 질병” 의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암등의 질병” 을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암등의 질병” 의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “암등의 질병” 으로 진단된 경우에는 이는 “암등의 질병” 의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 “암등의 질병” 의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “암등의 질병” 에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “암등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금은 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “암등의 질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암등의 질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “암등의 질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프콧앤케어인ICI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-10. 식중독입원일당(4일 이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “식중독”으로 진단 확정되고, 그 “식중독”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 식중독입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
식중독 입원급여금	식중독으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(120일 한도)

제2조 (식중독의 정의)

이 특약에서 “식중독”이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표19] “식중독 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

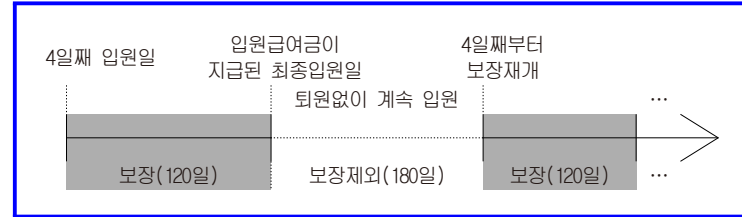
대상이 되는 질병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개증독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “식중독의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “식중독”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “식중독”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “식중독”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “식중독”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “식중독”으로 진단된 경우에는 이는 “식중독”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 “식중독”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “식중독”에 대한 입원이라도 식중독입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “식중독”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “식중독”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 식중독입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “식중독”의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “식중독”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 식중독입원급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “식중독”이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 “식중독”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 하이브리프콘택어린이지보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-11. 임신·출산질환입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 “임신·출산관련질환”으로 진단 확정되고, 그 “임신·출산관련질환”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 임신·출산질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
임신·출산질환 입원급여금	“임신·출산질환”으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액(120일 한도)

제3조 (임신·출산관련질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “임신·출산관련질환”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표20] “임신·출산관련질환 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

임신·출산관련질환의 대상 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기에서 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	020 ~ 029
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	030 ~ 048
4. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092

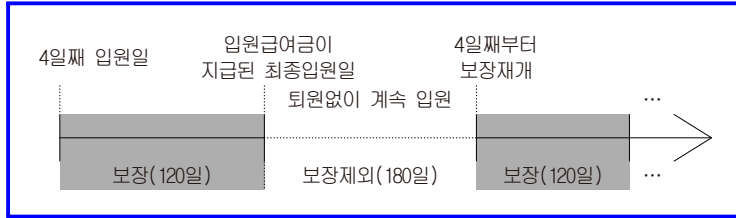
- ② “임신·출산관련질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

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

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “임신·출산관련질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “임신·출산관련질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “임신·출산관련질환”의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “임신·출산관련질환”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “임신·출산관련질환”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “임신·출산관련질환”으로 진단된 경우에는 이는 “임신·출산관련질환”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 “임신·출산관련질환”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “임신·출산관련질환”에 대한 입원이라도 임신·출산질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 임신·출산질환입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 임신·출산질환입원급여금이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “임신·출산관련질환”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “임신·출산관련질환”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “임신·출산관련질환”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “임신·출산관련질환”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “임신·출산관련질환”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “임신·출산관련질환”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프코어어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험

금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제9조 (특약체결의 특례)

- ① 보통약관 보험기간 중에 이 특약을 체결하는 경우 이 특약의 보험료는 특약 체결일에 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-12. 유산입원일당(4일 이상)보장 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 “유산”으로 진단 확정되고, 그 “유산”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 유산입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
유산입원급여금	“유산”으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액 (120일 한도)

제3조 (유산의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “유산”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표21] “유산 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

유산의 대상 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	000
2. 포상기태	001
3. 기타 비정상적 수태부산물	002
4. 자연유산	003
5. 의학적 유산	004
6. 기타유산	005
7. 상세불명의 유산	006
8. 시도된 유산의 실패	007
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	008

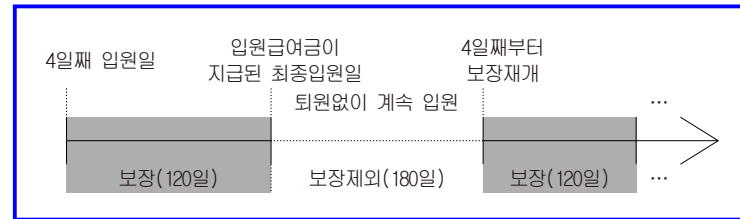
② “유산”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

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

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “유산의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “유산”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “유산”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “유산”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “유산”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “유산”으로 진단된 경우에는 이는 “유산”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 “유산”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “유산”에 대한 입원이라도 유산입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “유산”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “유산”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “유산”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “유산”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금을 지급하지 아니합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “유산”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “유산”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중

- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제9조 (특약체결의 특례)

- ① 보통약관 보험기간 중에 이 특약을 체결하는 경우 이 특약의 보험료는 특약 체결일에 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로

이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-13. 저체중아입원일당(3일 이상)보장 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.)은 신생아의 출생일부터 1년으로 합니다.

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 미숙아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다.)로 출생하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다.)를 3일 이상 사용했을 경우에는 3일째 사용일부터 사용 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 저체중아육아입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
저체중아육아입원급여금	저체중아로 출생하여 3일 이상 인큐베이터를 사용한 경우	3일째 사용일부터 인큐베이터 사용 1일당 이 특약 보험가입금액 (60일 한도)

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

태아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 이 특약 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아육아입원급여금을 지급하지 아니합니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다) 및 출생전 자녀가입 특별약관을 따릅니다

3-14. 신생아질병입원일당(4일 이상)보장 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)은 신생아의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 “출생전후기 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의

금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 신생아입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
신생아입원급여금	“출생전후기질병”으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액(120일 한도)

제3조 (출생전후기 및 출생전후기 질병의 정의)

- ① 이 특약에서 “출생전후기”라 함은 임신 28주부터 생후 1주사이의 기간을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “출생전후기 질병”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표22] “출생전후기에 발생한 주요병태분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

출생전후기 질병의 대상 질병	분류번호
1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00-P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05-P08
3. 출산외상	P10-P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20-P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35-P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50-P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70-P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75-P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80-P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90-P96

제4조 (입원의 정의와 장소)

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

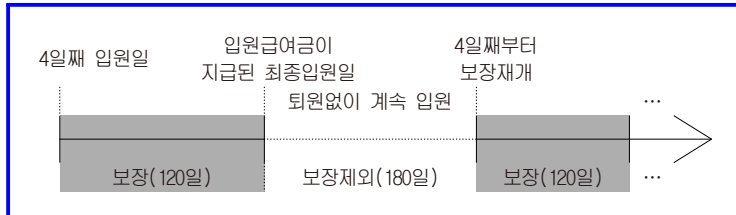
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “출생전후기 질병”의 치료를 직접적인 목적으로

로 한 입원"이란 의사에 의해 "출생전후기 질병"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "출생전후기 질병"의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "출생전후기 질병"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "출생전후기 질병"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "출생전후기 질병"으로 진단된 경우에는 이는 "출생전후기 질병"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ② 신생아가 동일한 "출생전후기 질병"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 "출생전후기 질병"에 대한 입원이라도 신생아입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 신생아입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "출생전후기 질병"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "출생전후기 질병"의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 신생아입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 신생아입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 다탈아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제6조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 이 특약 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 신생아입원급여금을 지급하지 않습니다.

제7조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

제8조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이지보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다.) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다) 및 출생전 자녀가입 특별약관을 따릅니다

3-15. 상해입원(31일이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 "특별약관"은 "특약", "이 특별약관의 보험기간"은 "보험기간"이라 합니다.) 중에 상해의 직접 결과로 31일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원기간에 따라 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액			
		입원 31일째	입원 61일째	입원 91일째	입원 121일째
상해 입원 보험금	상해로 31일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액 50%해당액	이 특약의 보험가입금액 50% 해당액 추가지급	이 특약의 보험가입금액 100% 해당액 추가지급	이 특약의 보험가입금액 100% 해당액 추가지급

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 적용합니다. 다만, 최종퇴원일부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 상해입원보험금을 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤케어인ici보험(Hi1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-16. 상해입원(4일 이상, 중환자실)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로 중환자실에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
상해중환자실 입원보험금	상해로 중환자실에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (중환자실의 정의)

이 특약에서 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실(별표 18] “의료기관의 시설규격” 참조)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입

무배당 하이브리프콘크리트어린이보험(HI1106) 1중

- 원으로 간주합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에서 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해중환자실입원보험금을 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해중환자실입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이브리프콘크리트어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-17. 자전거탑승중상해입원(31일이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자전거탑승중 사고로 발생한 상해의 직접 결과로 31일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원기간에 따라 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액		
		입원31일째	입원61일째	입원91일째
자전거 탑승중 상해입원 보험금	자전거탑승중 사고로 발생한 상해로 31일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액 50% 해당액	이 특약의 보험가입금액 50% 해당액 추가지급	이 특약의 보험가입금액 100% 해당액 추가지급

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (자전거탑승중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자전거 탑승중”이라 함은 자전거를 운전 중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자전거 운전중”이라 함은 피보험자(보험대상자)가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 제1항에서 자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제16항 제3호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재를 포함)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 적용합니다. 다만, 최종퇴원일부터 180일이 경과하여 입원

한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 자전거담승중상해입원보험금을 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 자전거담승중상해입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자전거에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 - 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 3. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-18. 질병입원(31일이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 31일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원기간에 따라 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액			
		입원31일째	입원61일째	입원91일째	입원121일째
질병 입원 보험금	질병으로 31일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	이 특약의 보험 가입금액 50% 해당액	이 특약의 보험 가입금액 50% 해당액 추가지급	이 특약의 보험 가입금액 100% 해당액 추가지급	이 특약의 보험 가입금액 100% 해당액 추가지급

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로

- 로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
 - ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
 - ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 질병입원보험금을 지급하여 드립니다.
 - ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
 - ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원보험금을 지급하지 아니합니다.
 - ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
 - ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프닷컴어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
 - ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 뇌질환
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치료질한

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-19. 질병입원(4일 이상, 중환자실)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
질병중환자실 입원보험금	질병으로 중환자실에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (중환자실의 정의)

이 특약에서 “중환자실”이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표 18] “의료기관의 시설규격” 참조)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실입원보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병중환자실입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실입원보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프콧앤케어라이프보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연

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

- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

3-20. 정신및행동장애입원(4일 이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 “정신 및 행동장애”로 진단 확정되고, 그 “정신 및 행동장애”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
정신및행동장애 입원보험금	“정신 및 행동장애”로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (정신 및 행동장애의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “정신 및 행동장애”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표23] “정신 및 행동장애 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 증상성을 포함하는 기질성 정신장애	F00 ~ F09
2. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애	F20 ~ F29
3. 기분(정동) 장애	F30 ~ F39
4. 신경증적, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40 ~ F48
5. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군	F50 ~ F59
6. 성인 인격 및 행동의 장애	F60 ~ F69
7. 정신지연	F70 ~ F79
8. 정신 발달 장애	F80 ~ F89
9. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애	F90 ~ F98
10. 상체불명의 정신 장애	F99

② “정신 및 행동장애”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로

서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “정신 및 행동장애의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “정신 및 행동장애”로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “정신 및 행동장애”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “정신 및 행동장애”를 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “정신 및 행동장애”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “정신 및 행동장애”로 진단된 경우에는 이는 “정신 및 행동장애”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 동일한 “정신 및 행동장애”의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 최종퇴원일부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “정신 및 행동장애”로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “정신 및 행동장애”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 정신및행동장애입원보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “정신 및 행동장애”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “정신 및 행동장애”로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 정신및행동장애입원보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “정신 및 행동장애”라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “정신 및 행동장애”로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 무배당 하이라이프케어인디보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4. 수술보장 특별약관

4-1. 상해수술(갱신형)보장 특별약관	..... 4-1	4-17. 각막이식수술보장 특별약관	..... 4-18
4-2. 골절수술보장 특별약관	..... 4-2		
4-3. 5대골절수술보장 특별약관	..... 4-3		
4-4. 화상수술보장 특별약관	..... 4-4		
4-5. 중대한특정상해수술보장 특별약관	..... 4-5		
4-6. 상해흉터성형수술보장 특별약관	..... 4-6		
4-7. 질병수술(갱신형)보장 특별약관	..... 4-7		
4-10. 충수염수술보장 특별약관	..... 4-11		
4-11. 당뇨병수술보장 특별약관	..... 4-12		
4-12. 선천이상수술보장 특별약관	..... 4-13		
4-13. 임신·출산질환수술보장 특별약관	..... 4-14		
4-14. 유산수술보장 특별약관	..... 4-15		
4-15. 어린이개흉심장수술보장 특별약관	..... 4-17		
4-16. 장기이식수술보장 특별약관	..... 4-17		

4-1. 상해수술(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접 결과로써 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
상해수술보험금	상해로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장구나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (수술의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술보험금만 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

- 건강검진, 예방접종, 인공유산
- 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다.), 성상촉진과 관련된 수술
- 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
- 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 “갱신계약”이라 합니다)
- ② 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

< 예시 : 10세의 피보험자가 3년만기로 27세까지 갱신하는 경우 >
 갱신시점의 나이 : 13세, 16세, 19세, 22세, 25세
 ⇒ 25세 갱신시점에서는 27세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ③ 회사는 갱신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ④ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이, 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 의하여 이 특약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

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

제9조 (보험료의 대체납입)

- ① 이 특약의 보험료는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 총당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다. 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특약의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.
- ③ 회사는 기본계약의 보험료 납입이 연체중인 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약에 대한 보험료의 대체납입을 중지합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-2. 골절수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
골절수술보험금	골절로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (골절의 정의)

이 특약에서 “골절”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] “골절 분류표”에 해당하는 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12

대상이 되는 상병	분류번호
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술보험금만 지급하여 드립니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
 - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을

받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-3. 5대골절수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 5대골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

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

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (5대골절의 정의)

이 특약에서 “5대골절”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] “5대골절 분류표”에 해당하는 상병을 말합니다.

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

제3조 (수술의 정의와 장소)

무배당 하이라이프닷컴어린이보험(HI1106) 1중

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

하나의 사고로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받은 경우에는 하나의 5대골절수술보험금만 지급하여 드립니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프닷컴어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
 - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-4. 화상수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “화상”으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
화상수술보험금	화상으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (화상의 정의)

이 특약에서 “화상”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표5] “화상 분류표”에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

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

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술보험금만 지급하여 드립니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 이외에도 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
 - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-5. 중대한특정상해수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “뇌손상” 또는 “내장손상”을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
중대한특정상해수술보험금	상해로 “뇌손상” 또는 “내장손상”을 입고 사고일로부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (뇌손상 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표24] “중대한 특정상해 분류표”에 해당하는 뇌에 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표24] “중대한 특정상해 분류표”에 해당하는 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

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

- ③ 이 특약에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술” 이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술” 로 보지 아니합니다.
1. “개두(開頭)수술” 이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. “개흉(開胸)수술” 이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 3. “개복(開腹)수술” 이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 노관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경도도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술보험금 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대한특정상해수술보험금만을 지급하여 드립니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-6. 상해흉터성형수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로써 “안면부”, “상지”, “하지” 에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부 2년 경과후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.)을 받은 경우에는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

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

② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (안면부 등의 정의)

- 이 특약에서 “안면부”, “상지”, “하지” 라 함은 다음을 말합니다.
1. “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
 2. “상지”란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
 3. “하지”란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 상해흉터성형수술보험금 지급하여 드립니다.
- ② 상지 또는 “하지”에 대하여는 3cm 이상인 경우에만 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 길이측정이 불가능한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니

는 사유)를 따릅니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-7. 질병수술(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
질병수술보험금	질병으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가

무배당 하이라이프케어인ici보험(HI1106) 1중

인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술보험금만 지급하여 드립니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 계약일 앞월의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ④ 제3항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프케어인ici보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)
 - 2. 여성생식기의 비형증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
 - 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(000 ~ 099)
 - 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 - 5. 비만(E66)
 - 6. 비뇨기계 장애(N39, R32)

- 7. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60 ~ K62)
- 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - 2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다.), 성장촉진과 관련된 수술
 - 3. 단순한 피로 또는 권태
 - 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 5. 발기부전(impotence)-불강증, 단순 코골음, 단순 포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표25]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - 6. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 “갱신계약” 이라 합니다)
- ② 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나일까지의 잔여보

험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

< 예시 : 10세의 피보험자가 3년만기로 27세까지 갱신하는 경우 >
 갱신시점의 나이 : 13세, 16세, 19세, 22세, 25세
 ⇒ 25세 갱신시점에서는 27세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ③ 회사는 갱신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ④ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 의하여 이 특약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 않습니다.

제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

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

제9조 (보험료의 대체납입)

- ① 이 특약의 보험료는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 총당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.
 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특약의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.
- ③ 회사는 기본계약의 보험료 납입이 연체중인 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약에 대한 보험료의 대체납입을 중지합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-8. 암수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “암등의 질병”으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류	지급금액	
1. 암수술보험금	“암” (“기타피부암” , “갑상선암” 제외)으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암 수술보험금	“기타피부암”으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암 수술보험금	“갑상선암”으로 수술을 받은 경우	
4. 제자리암 수술보험금	“제자리암”으로 수술을 받은 경우	
5. 경계성종양 수술보험금	“경계성종양”으로 수술을 받은 경우	

제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] “악성신생물(암) 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에서 “갑상선암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] “제자리신생물 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암등의 질병” 이라 함은 제1항에서 정한 “암”, 제4항에서 정한 “제자리암” 및 제5항에서 정한 “경계성종양” 을 총칭합니다.
- ⑦ “암등의 질병” 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병” 의 경우 청약서상 계약전 알릴의 무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “암등의 질병” 으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 수술보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암등의 질병” 이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그

- “암등의 질병” 으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-9. 조혈모세포이식수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 수혜자로서 관련법규에 따

라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 “조혈모세포이식” 을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
조혈모세포이식 수술보험금	수혜자로서 “조혈모세포이식” 을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (조혈모세포이식의 정의)

이 특약에서 “조혈모세포이식” 이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포를 이식하는 기술로서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 기술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 기술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식” 이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식” 이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식” 이라 함은 피보험자(보험대상자)의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식” 이라 함은 피보험자(보험대상자)의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식” 이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자

(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-10. 총수염수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약” , “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 “총수염(맹장염)” 으로 진단 확정되고, 그 “총수염(맹장염)” 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
총수염 수술보험금	“총수염(맹장염)” 으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (총수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “총수염(맹장염)” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표 26] “총수염 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.

무배당 하이라이프코어엔지니어리이보험(HI1106) 1종

대상이 되는 상병	분류번호
총수(맹장)의 질환	K35 ~ K38

- ② “총수염(맹장염)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프코어엔지니어리이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 총수염수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-11. 당뇨병수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 진단 확정된 “당뇨병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
당뇨병 수술보험금	“당뇨병”으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (당뇨병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “당뇨병”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표27] “당뇨병 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
당뇨병	E10 ~ E14

- ② “당뇨병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 “당뇨병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 “당뇨병”의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을

꽃아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “당뇨병”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “당뇨병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 당뇨병수술보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “당뇨병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “당뇨병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-12. 선천이상수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “선천이상”으로 진단 확정되고, 그 “선천이상”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
선천이상수술보험금	“선천이상”으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (선천이상의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “선천이상”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표28] “선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

선천이상의 대상 질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35-Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50-Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천기형	Q80-Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90-Q99

- ② “선천이상”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프케어어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-13. 임신·출산질환수술보장 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단 확정된 “임신·출산관련질환”의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
임신·출산질환 수술보험금	“임신·출산관련질환”으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제3조 (임신·출산관련질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “임신·출산관련질환”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표20] “임신·출산관련질환 분류표”에 정한 질병을 말합니다.

임신·출산관련질환의 대상 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기에서 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	020 ~ 029
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	030 ~ 048
4. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092

- ② “임신·출산관련질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

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

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “임신·출산관련질환”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “임신·출산관련질환”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 수술보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “임신·출산관련질환”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “임신·출산관련질환”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다

제6조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

- 1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- 3. 계약자의 고의
- 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제9조 (특약체결의 특례)

- ① 보통약관 보험기간 중에 이 특약을 체결하는 경우 이 특약의 보험료는 특약 체결일에 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-14. 유산수술보장 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단 확정된 “유산”의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
유산수술보험금	“유산”으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제3조 (유산의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “유산”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표21] “유산 분류표”에 정한 질병을 말합니다.

유산의 대상 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	000
2. 포상기태	001
3. 기타이상 임신부산물	002
4. 자연유산	003
5. 의학적 유산	004
6. 기타유산	005
7. 상세불명의 유산	006
8. 시도된 유산의 실패	007
9. 유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증	008

② “유산”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

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

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “유산”의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “유산”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 수술보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “유산”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “유산”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프닷컴어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

- 1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
- 3. 계약자의 고의
- 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제9조 (특약체결의 특례)

- ① 보통약관 보험기간 중에 이 특약을 체결하는 경우 이 특약의 보험료는 특약 체결일에 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-15. 어린이개흉심장수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “개흉심장수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
개흉심장수술 보험금	“개흉심장수술”을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (개흉심장수술의 정의)

이 특약에서 “개흉심장수술”이라 함은 의사에 의하여 “심장병”의 근본적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 “심장병”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장수술[(예) 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “개흉심장수술”의 경우 청약서상 “계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 “심장병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 개흉심장수술을 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 개흉심장수술보험금을 지급하지 아니합니다.
- 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “심장병”이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “심장병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이 CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말

합니다.

- 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 어린이개흉심장수술 보험금 지급사유가 발생하거나 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-16. 장기이식수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 장기수혜자로서 “5대장기이식수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
장기이식 수술보험금	“5대장기이식수술” 을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (5대장기 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “5대장기” 이라 함은 “간장”, “신장”, “심장”, “체장” 및 “폐장” 을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “5대장기이식수술” 이라 함은 “장기 등 이식에 관한 법률” 에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 “5대장기이식수술” 로 보지 않습니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿어린아이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장기이식수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이

특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

4-17. 각막이식수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관” 은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간” 은 “보험기간” 이라 합니다.) 중에 발생한 상태 또는 질병으로 인하여 장기수혜자로서 “각막이식수술” 을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
각막이식수술보험금	“각막이식수술” 을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (각막이식수술의 정의)

이 특약에서 “각막이식수술” 이라 함은 “장기 등 이식에 관한 법률” 에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 각막이식수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

5. 비용손해보장 특별약관

5-1. 자동차사고(스쿨존내교통사고)보장 특별약관	.....	5-1
5-2. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관	.....	5-1
5-3. 유괴·납치·불법감금피해보장 특별약관	.....	5-2
5-4. 미성년성폭력범죄피해보장 특별약관	.....	5-3
5-5. 폭력피해보장 특별약관	.....	5-4
5-6. 김스치료보장 특별약관	.....	5-5
5-7. 부정교합치료(갱신형)보장 특별약관	.....	5-6
5-8. 시력치료(갱신형)보장 특별약관	.....	5-7
5-9. 시력교정(갱신형)보장 특별약관	.....	5-8
5-10. 영구치상실(갱신형)보장 특별약관	.....	5-10
5-11. 의료사고법률비용보장 특별약관	.....	5-11

5-1. 자동차사고(스쿨존내교통사고)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “어린이 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조 제4항”에 의하여 지방경찰청장 또는 경찰서장이 어린이 보호구역으로 지정한 지역(이하 “스쿨존”이라 합니다)내에서 교통사고로 인하여 상해를 입은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
스쿨존내교통사고 보험금	스쿨존내에서 교통사고로 인하여 상해를 입은경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (교통사고 등의 정의)

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

- ④ 제1항에서 “교통사고”라 함은 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우를 말하며, 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤콧어린이보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 4. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

5-2. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

무배당 하이브리프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 [별표29]자동차사고 부상등급표의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액	
자동차사고 부상보험금	비운전중교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	상해급수	지급금액
		1급	600만원
		2~4급	300만원
		5급	150만원
		6급	80만원
		7급	40만원
		8~11급	20만원
12~14급	10만원		

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (비운전중 교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “비운전중교통사고”라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
 2. 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이브리프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니

하는 사유) 제1항을 따릅니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 4. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-3. 유과·납치·불법감금피해보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중 타인에 의해 유과, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류 해제되지 않은 경우에는 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자(보험대상자)가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 최고 지급일수 90일을 한도로 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
유과·납치·불법감금 피해보험금	타인에 의해 유과, 납치, 불법감금 등으로 억류 상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 경과한 시점까지 구출 또는 억류해제 되지 않은 경우	신고 시점부터 1일당 이 특약 보험가입금액 (90일 한도)

제2조 (억류상태의 정의)

- 이 특약에서 “억류상태”라 함은 다음 각 호의 경우를 말합니다.
1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
 2. 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨두는 것을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고·접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유과, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가솔이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을

받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외함)을 따릅니다.

5-4. 미성년성폭력범죄피해보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 미성년(20세이하)인 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 경찰의 처분결정이 내려진 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
미성년성폭력범죄 피해보험금	성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 경찰의 처분결정이 내려진 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (성폭력범죄 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “성폭력범죄”라 함은 다음의 각 호를 말합니다.
 1. 형법 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄
 2. 형법 제38장(절도와 강도의 죄), 제339조(강도강간)의 죄
 3. 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례에서 정한 죄. 단, 동법 제5조(친족관계에 의한 강간 등), 제12조(통신매체를 이용한 음란행위) 및 제13조(카메라 등을 이용한 촬영)는 제외합니다.
 4. 아동청소년의 성보호에 관한 법률 제7조(아동청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄
- ② 제1항 각 호의 범죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄는 성폭력범죄로 봅니다.
- ③ 이 특약에서 “경찰의 처분결정”이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 “기소”라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 불기소처분을 한 것을 말하며, 검사에 의해 불기소된 때에는 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서를 회사에 제출한 경우(죄명 및 피의자와 피보험자(보험대상자)와의 관계를 알 수 있어야 합니다) 피보험자(보

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(Hi1106) 1종

형대상자)를 성폭력범죄의 피해자로 인정합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
2. 피보험자(보험대상자)의 친족에 의한 성폭력범죄. 다만, 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족 및 인척으로 하며, 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(Hi1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서(죄명 및 피의자와 피보험자(보험대상자)와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-5. 폭력피해보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 폭력피해에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
폭력피해보험금	폭력피해에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (폭력피해의 정의)

이 특약에서 “폭력피해”라 함은 일상생활 중 다음 각 호에서 정하는 범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생한 것을 말합니다.

1. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
3. 폭력행위등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력등의 죄 단, 위 가. 다. 로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에 한합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보상하지 아니하는 손해는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(Hi1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우에는 제1항 이외에 아래의 손해도 보상하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭처법” 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
 2. 피보험자(보험대상자)의 배우자 또는 직계존비속에 의한 손해
 3. 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 이 특약의 보험금 등 청구시 구비서류는 보통약관 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)를 따릅니다.
- ② 계약자, 피보험자(보험대상자)(또는 보험수익자(보험금을 받는 자))가 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 폭력피해보험금을 청구할 때에는 제1항 이외에 다음 서류도 제출하여야 합니다.
 - 1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
 - 2. 의사진단서

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-6. 깁스치료보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
깁스치료보험금	상해 또는 질병으로 “깁스치료”를 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (깁스치료 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “깁스(Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ② 제1항에서 “부목치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤케어리니C보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-7. 부정 교합치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험계약일 이후에 아래에서 정한 Angle씨 부정교합(不正咬合) 분류법의 II급 또는 III급으로 치과의사에 의해 판정받고 그로 인하여 교정치료를 요한다는 치과 의사의 진단이 있는 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
부정 교합치료보험금	교정치료가 필요하다는 치과 의사의 진단이 있는 경우	이 특약의 보험가입금액

< Angle씨 부정교합 분류 >

구분	분류
II급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 원심(안면에서 후방)쪽으로 치우쳐있는 경우
III급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 근심(안면에서 전방)쪽으로 치우쳐있는 경우

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

이 특약의 보험계약일은 피보험자(보험대상자)의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프코넵케어리이디보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 지급사유 이외의 단순치열교정 등은 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 부정교합치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 “갱신계약”이라 합니다)
- ② 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

< 예시 : 0세의 피보험자가 6세부터 3년만기로 20세까지 갱신하는 경우 >
 갱신시점의 나이 : 9세, 12세, 15세, 18세
 ⇒ 18세 갱신시점에서는 20세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 보통약관 보험계약일에 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 1세인 경우 이 특별약관의 최초계약의 보험기간은 1년으로 하며, 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 2세인 경우 최초계약의 보험기간은 2년으로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보장에 대하여 갱신하지 아니합니다.
- ⑤ 회사는 갱신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

- ⑥ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ⑦ 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑧ 회사는 제1항에 의하여 이 특약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

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

제8조 (보험료의 대체납입)

- ① 이 특약의 보험료는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.
다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특약의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.
- ③ 회사는 기본계약의 보험료 납입이 연체중인 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약에 대한 보험료의 대체납입을 중지합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-8. 시력치료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험계약일 이후에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25 디옵터(Diopter) 이상의 고도근시 또는 +4.25디옵터(Diopter) 이상의 고도원시로 판정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 단, 난시는 제외합니다.

보험금의 종류		지급금액
시력치료보험금	고도근시 또는 고도원시로 판정되었을 경우	이 특약의 보험가입금액

< 용어풀이 >
 “디옵터(Diopter)”라 함은 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

이 특약의 보험계약일은 피보험자(보험대상자)의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 시력치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을

무배당 하이브리프콘슈어런이디보험(HI1106) 1중

받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지 환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 “갱신계약”이라 합니다)
- ② 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

< 예시 : 0세의 피보험자가 6세부터 3년만기로 20세까지 갱신하는 경우 >
 갱신시점의 나이 : 9세, 12세, 15세, 18세
 ⇒ 18세 갱신시점에서는 20세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 보통약관 보험계약일에 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 1세인 경우 이 특별약관의 최초계약의 보험기간은 1년으로 하며, 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 2세인 경우 최초계약의 보험기간은 2년으로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보장에 대하여 갱신하지 아니합니다.
- ⑤ 회사는 갱신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ⑦ 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑧ 회사는 제1항에 의하여 이 특약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다.)으로 하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험

료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제8조 (보험료의 대체납입)

- ① 이 특약의 보험료는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.
 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특약의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.
- ③ 회사는 기본계약의 보험료 납입이 연체중인 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약에 대한 보험료의 대체납입을 중지합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-9. 시력교정(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험계약일 이후에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -2디옵터(Diopter) 이상의 근시 또는 +2디옵터(Diopter) 이상의 원시에 의한 굴절이상(Anomalies of Refraction)으로 판정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 단, 난시는 제외합니다.

보험금의 종류		지급금액
시력교정보험금	근시 또는 원시에 의한 굴절이상으로 판정되었을 경우	이 특약의 보험가입금액

< 용어풀이 >
 “디옵터(Diopter)”라 함은 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

이 특약의 보험계약일은 피보험자(보험대상자)의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 시력교정보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)
- ② 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

< 예시 : 0세의 피보험자가 6세부터 3년만기로 20세까지 갱신하는 경우 >
 갱신시점의 나이 : 9세, 12세, 15세, 18세
 ⇒ 18세 갱신시점에서는 20세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 보통약관 보험계약일에 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 1세인 경우 이 특별약관의 최초계약의 보험기간은 1년으로 하며, 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 2세인 경우 최초계약의 보험기간은 2년으로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발

생한 경우에는 해당 보장에 대하여 갱신하지 아니합니다.

- ⑤ 회사는 갱신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑥ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ⑦ 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑧ 회사는 제1항에 의하여 이 특약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다.

제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

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

제8조 (보험료의 대체납입)

- ① 이 특약의 보험료는 보험기간 중 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다. 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특약의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.
- ③ 회사는 기본계약의 보험료 납입이 연체중인 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약에 대한 보험료의 대체납입을 중지합니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-10. 영구치 상실 (갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 영구치를 상실한 경우에는 상실영구치 1개당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
영구치상실보험금	영구치를 상실한 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (영구치 상실의 정의)

이 특약에서 영구치 상실이라 함은 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 발거한 경우를 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

이 특약의 보험계약일은 피보험자(보험대상자)의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프케어보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 제3대구치(사랑니)를 발거한 경우
 - 2. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거한 경우
 - 3. 맹출장애 : 부분 매복되었거나, 완전 매복되어 발거한 경우

제5조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

- 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 치과치료관련 증명서 등
 - 가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서
 - 1) 발거한 영구치의 위치(또는 치아번호) 및 발거일자
 - 2) 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태
 - 3) 직접적인 영구치 발거원인
 - 나. 치과진료기록 사본
 - 다. 회사는 상기 “가”, “나” 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 영구치 발거 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (특약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 “갱신계약”이라 합니다)
- ② 이 특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

< 예시 : 0세의 피보험자가 6세부터 3년만기로 20세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 9세, 12세, 15세, 18세
 ⇒ 18세 갱신시점에서는 20세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 짧아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 보통약관 보험계약일에 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 1세 또는 4세인 경우 이 특별약관의 최초계약의 보험기간은 1년으로 하며, 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 2세인 경우 최초계약의 보험기간은 2년으로 합니다.
- ④ 회사는 갱신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ⑤ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ⑥ 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 제1항에 의하여 이 특약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 않습니다.

제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

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

제10조 (보험료의 대체납입)

- ① 이 특약의 보험료는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 특약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 특약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.
 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특약의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.

- ③ 회사는 기본계약의 보험료 납입이 연체중인 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약에 대한 보험료의 대체납입을 중지합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

5-11. 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특약의 보험가입금액을 한도로 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
의료사고법률비용	의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우	변호사 착수금의 80% (이 특약의 보험가입금액 한도)

제2조 (의료사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “의료사고”라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초래하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.
- ② 이 특약에서 “의료기관”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.))을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종

회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

제5조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

6. 실손의료보장 특별약관

6. 실손의료보장 특별약관

6-0. 실손의료보장 공통 특별약관	..... 6-1
6-1. 상해입원실손의료(갱신형)보장 특별약관	..... 6-9
6-2. 상해통원실손의료(갱신형)보장 특별약관	..... 6-10
6-3. 질병입원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	..... 6-12
6-4. 질병통원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	..... 6-14
6-5. 상해질병입원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	..... 6-16
6-6. 상해질병통원실손의료(갱신형) 보장 특별약관	..... 6-17

6-0. 실손의료보장 공통 특별약관

제1조 (담보종목)

- ① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 **상해입원실손의료보장 특별약관, 상해통원실손의료보장 특별약관, 질병입원실손의료보장 특별약관, 질병통원실손의료보장 특별약관, 상해질병입원실손의료보장 특별약관, 상해질병통원실손의료보장 특별약관** 등 총 6개의 특별약관으로 구성되어 있으며, **계약자는 이들 6개 특별약관 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.**

실손의료비 특별약관		보상하는 내용
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원 하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원 하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
중합	입원	피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병 으로 인하여 병원에 입원 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병 으로 인하여 병원에 통원 하여 치료를 받거나 처방조제 를 받은 경우에 보상

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

제2조 (용어의 정의)

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

제3조 (계약의 성립)

- ① 이 **계약**은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 **계약자**의 청약과 **회사**의 승낙으로 이루어지며, 보통약관이 해지, 무효, 취소된 경우에는 이 계약도 해지, 무효, 취소됩니다.
- 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 청약**을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 **계약**은 청약일, 건강진단을 받는 **계약**(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)을 말합니다.)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ **회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.** 다만, **회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.**

제4조 (청약의 철회)

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

제5조 (계약내용의 변경 등)

- ① **계약자는 회사**의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목 또는 담보종목

2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 수급방법 및 납입기간
 4. 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
- ⑤ 계약자가 제4항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조 (보험나이 등)

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

< 보험나이 계산 예시 >
 생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
 ⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제7조 (계약의 무효)

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조 (계약의 자동갱신)

- ① 회사는 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다. (이하 “갱신계약”이라 합니다.)
- ② 이 계약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 48세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우 >
 갱신시점의 연령 : 51세, 54세 ~ 72세, 75세, 78세
 ⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 작아 2년만기로 갱신합니다.

- ③ 회사는 갱신계약에 대하여 최초 계약시의 약관을 갱신계약에도 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ④ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 피보험자(보험대상자)가 납입하여야 하는 갱신계약 보험료를 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 의하여 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권(보험가입증서)을 발행하지 아니합니다..

제9조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제10조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하

였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제22조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제24조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ③ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 및 제2항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

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

제12조 (보험료의 대체납입)

- ① 이 계약의 보험료는 보험기간 중 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 기본계약 적립부분 책임준비금이 이 계약의 보험료보다 적어서 제1항에서 정한 방법으로 이 계약의 보험료가 충당될 수 없는 경우에는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다.
다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 계약의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.
- ③ 회사는 기본계약의 보험료 납입이 연체중인 경우에는 제1항에도 불구하고 이 계약에 대한 보험료의 대체납입을 중지합니다.

제13조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리

낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제14조 (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제15조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입 최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다.)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자

가 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제16조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제15조(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 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이 계약 예정이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제3조(계약의 성립), 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제22조(계약 전 알릴의무), 제24조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제26조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제17조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(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 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- 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. 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 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



< 강제집행 >

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

< 담보권실행 >

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

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

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

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

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

제18조 (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.

제19조 (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제20조 (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분당액을 보상책임액으로 지급하여 드립니다.
- ② 비례분당하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- ③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보

험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

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

제21조 (연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제22조 (계약 전 알릴 의무)

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

< 계약전 알릴의무 >
 상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)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.

제23조 (상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게

된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급하여 드립니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상률을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제24조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(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 제18조(해지환급금)에서 정한 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 의무 사항이 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 제23조(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 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제25조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 회사에게 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제26조 (사기에 의한 계약)

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

제27조 (주소변경통지)

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

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

제28조 (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

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

제29조 (대표자의 지정)

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

제30조 (보험금 지급사유의 통지)

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

제31조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

제32조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을

교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.



< 영업일 >

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

- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 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 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정 신청
 - 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 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다.)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제28조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제33조 (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은

보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

- ② 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제34조 (보험금 받는 방법의 변경)

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

제35조 (계약내용의 교환)

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

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

제36조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 상계합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조 (약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.
 - 1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.
 - 2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 - 3. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.
 - 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
 - 2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
- 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.

제38조 (소멸시효)

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

제39조 (분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 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 보험안내장의 효력)

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

제43조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법을 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.


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 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제45조 (예금보험기법에 의한 지급보장)

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



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

제46조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

6-1. 상해입원실손의료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

구분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급 병실료차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>

계약일	보상대상기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)
(2011.1.1)	최초입원일 (2012.2.28)	(2012.5.29)	(2013.5.29)
	2012.3.1. 부터 보상제외	2012.5.30. 부터 보상재개	2013.5.30. 부터 보상제외

- ④ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제3항은 적용하지 아니합니다.

- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 강연받은 경우에는 그 강연 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 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 지급하여 드립니다.
 - 2. 계약자의 고의
 - 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
 - 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 손해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 - 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 - 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 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. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)
 - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 - 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 - 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 - 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 - 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
 - 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉

- 진과 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 진로재료의 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(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외격리증의 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
- 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.
- 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프케어보험(HI1106) 1종 6-0. 실손의료보장 공통 특별약관(이하 “공통 특별약관”이라 합니다.) 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

6-2. 상해통원실손의료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

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

구분	보상한도
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여' 부분의 합계액에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^(주1) 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여' 부분의 합계액에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^(주1) 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

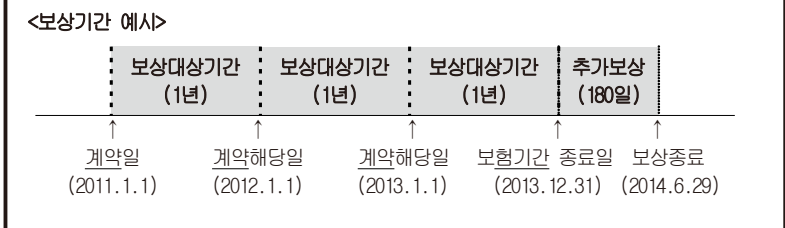
(주) 1. 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

- ② 이 특약에서 항목별 공제금액은 다음과 같습니다.

구분	항목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일부 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.



- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- ④ 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 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 항목별 공제금액을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 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 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(재왕절개를 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.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 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 손해는 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·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 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
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.
 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프코어엔지니어링이디보험(HI1106) 1중 6-0. 실손의료보장 공통 특별약관(이하 “공통 특별약관”이라 합니다.) 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

6-3. 질병입원실손의료(갱신형)보장 특별약관

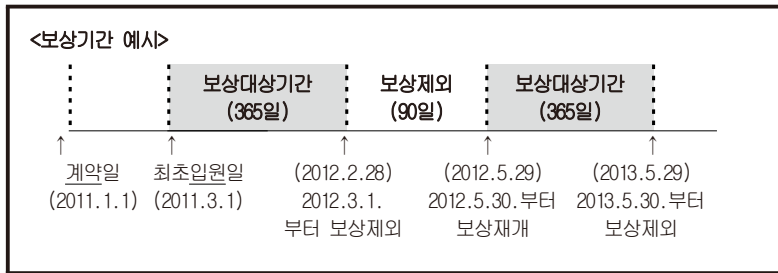
제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

구분	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 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다.)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ② 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.



- ③ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제2항은 적용하지 않습니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑤ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ⑦ 제1항에도 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 보상하여 드립니다.
- ⑧ 제6항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1종 6-0. 실손의료보장 공통 특별약관(이하 “공통 특별약관” 이라 합니다.) 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑨ 공통 특별약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 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 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)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 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(000-099)
 4. 선천성 뇌질환(Q00-Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 비노기계 장애(N39, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60-K62)
- ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 초과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 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 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.

6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불강증, 단순 코골음, 단순포경(phimosiis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표25] 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(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용
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

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 공통 특별약관 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

6-4. 질병통원실손의료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

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

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^(주1) 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^(주1) 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

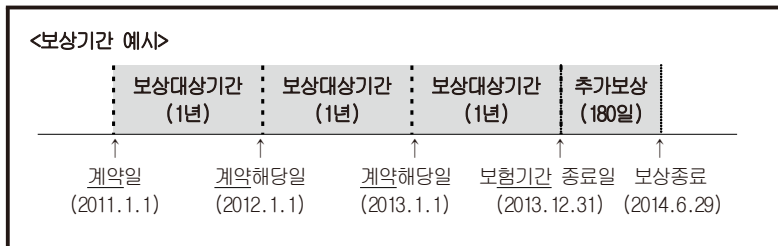
(주) 1. 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

- ② 이 특약에서 항목별 공제금액은 다음과 같습니다.

구분	항목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.



- ② 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시 (하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
- 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 본인인 실제로 부담한 금액에서 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항 '항목별 공제금액' 을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래

- 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고 한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)' 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나 는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ⑦ 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 무배당 하이라이프콧앤케어인ICI보험(HI1106) 1중 6-0. 실손의료보장 공통 특별약관(이하 "공통 특별약관" 이라 합니다.) 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 공통 특별약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 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 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)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 정신과질환 및 행동장애(F04-F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관 관련 합병증(N96-N98)
 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(000-099)
 4. 선천성 뇌질환(Q00-Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 비노기계 장애(N39, R32)
 7. 직장 또는 향문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(184,

K60-K62)

- ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 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 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, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표25] 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(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 공통 특별약관 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

6-5. 상해질병입원실손의료(갱신형)보장 특별약관

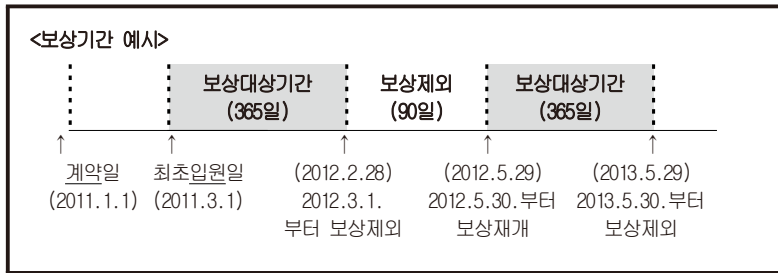
제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고 한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

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

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
- ② 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 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.



- ④ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보상기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보상기간 종료일부터 180일까지(보상기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제5항은 적용하지 아니합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑥ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발진된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.
- ⑦ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ⑧ 제7항에도 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

지나 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

- ⑨ 제8항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 6-0. 실손의료보장 공통 특별약관(이하 “공통 특별약관” 이라 합니다.) 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 공통 특별약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 상해에 대하여는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 6-1. 상해입원실손의료보장 특별약관을 따릅니다.
- ② 질병에 대하여는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 6-3. 질병입원실손의료보장 특별약관을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보상기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 공통 특별약관 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 실손의료보장 공통 특별약관을 따릅니다.

6-6. 상해질병통원실손의료(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하

무배당 하이라이프케어인ici보험(HI1106) 1종

여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^(주1) 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 제2항의 항목별 공제금액을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^(주1) 을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

(주) 1. 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

② 이 특약에서 항목별 공제금액은 다음과 같습니다.

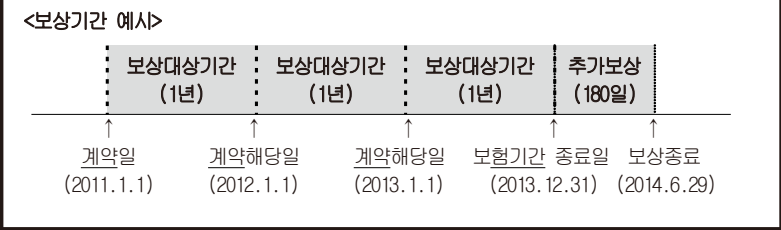
구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균

성 음식을 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

- ② 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 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항 ‘항목별 공제금액’ 을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.



- ④ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제5항을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’ 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나 는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나 는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프케어인ici보험(HI1106) 1종 6-0. 실손의료보장 공통 특별약관(이하 “공통 특별약관” 이라 합니다.) 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 공통 특별약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 상해에 대하여는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 6-2. 상해통원실손의료보장 특별약관을 따릅니다.
- ② 질병에 대하여는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 6-4. 질병통원실손의료보장 특별약관을 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 공통 특별약관 제18조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

<붙임> 용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음

용어	정의
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 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송

용 어	정 의
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
보상대상 의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

7. 배상책임보장 특별약관

7-0. 배상책임 보장 공동 특별약관	.....	7-1
7-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관	.....	7-6
7-2. 일상생활중배상책임(자녀)보장 특별약관	.....	7-8

7-0. 배상책임보장 공통 특별약관

제1조 (계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 보험에 가입한 물건(이하 “보험목적”이라 합니다) 또는 피보험자가 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 청약일부 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.



< 피보험자 >

재물·배상책임을 보장하는 보험에서 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람을 말합니다.

제2조 (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 다음 각호의 방법으로 대신할 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, 계약전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자, 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3호의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제3조 (계약의 무효)

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

제4조 (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. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 수급방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금

무배당 하이라이프굿앤굿어린이이디보험(HI1106) 1종

이 있을 때에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이이디보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.



< 보험기간 >

보험기간이라 함은 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 기간을 말합니다.

< 보험가입금액 >

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험자가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

제5조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약이 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 1. 제10조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제3조(계약의 무효), 해당 배상책임보장 특별약관의 보상하지 아니하는 손해, 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제15조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

제7조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다.)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 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 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제4조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 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 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복)됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



< 강제집행 >

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

< 담보권실행 >

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

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

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

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

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

제9조 (의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 계약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제24조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제10조 (계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약 시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법상 “고지의무”와 같습니다.)합니다.

< 계약전 알릴의무 >

상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)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.

제11조 (계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제12조 (타인을 위한 계약)

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

제13조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해

지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등” 이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지 환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해 발생 후에 이루어진 경우에도 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 알려드립니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자, 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제14조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재 하였거나 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 보통 약관 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제15조 (사기에 의한 계약)

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

제16조 (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된

경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제17조 (양도)

회사의 서면동의 없는 보험목적의 양도는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조 (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제19조 (손해방지의무)

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

제20조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

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

제21조 (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자 또는 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

- 1. 보험금 청구서(회사양식)
- 2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
- 3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
- 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제22조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 제21조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다
- ② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다
- ③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제23조 (보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변

경할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제24조 (보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제25조 (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
 - 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 - 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제26조 (조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제27조 (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에 관한법을 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 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용

제28조 (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험 증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제29조 (준용규정)

이 계약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 소멸), 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제18조(중도인출금), 제20조(만기환급금의 지급) 및 제21조(약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

7-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 제5조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다.)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 장애에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대인 배상책임”이라 합니다.) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대물 배상책임”이라 합니다.)을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다.)를 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.

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

제2조 (보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관 제19조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관 제19조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - 마. 피보험자가 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관 제20조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조 (보험금 등의 지급한도)

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

1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보험가입금액

(보상한도액)한도, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’ 목, ‘나’ 목 또는 ‘마’ 목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’ 목 또는 ‘라’ 목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)내에서 보상합니다.

제4조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
 3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
 5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임.
 6. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
 7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
 8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
 2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)에 기인하는 배상책임
 4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
 7. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임

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

제5조 (피보험자의 범위)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프콧앤굿어린이씨보험(Hi1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관을 따릅니다.

7-2. 일상생활중배상책임(자녀)보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 다음에 열거한 우연한 사고(이하 “사고”라 합니다.)에 따라 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)에 장애에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대인 배상책임”이라 합니다.) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다.)에 대한 법률상의 배상책임(이하 “대물 배상책임”이라 합니다.)을 입혀 피보험자 또는 민법 제756조에서 규정하는 피보험자의 법정 감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “대물 배상책임”이라 합니다.)를 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다.)에 기인하는 우연한 사고

제2조 (보상하는 손해의 범위)

- 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
 2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자(보험대상자)가 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관 제19조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자(보험대상자)가 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관 제19조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공과보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - 마. 피보험자(보험대상자)가 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관 제20조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조 (보험금 등의 지급한도)

- 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)한도, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’ 목, ‘나’ 목 또는 ‘마’ 목의 비용 : 비용

- 의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’ 목 또는 ‘라’ 목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)내에서 보상합니다.

제4조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
 3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 4. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
 5. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임.
 6. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
 7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
 8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)와 동거하는 친족에 대한 배상책임
 2. 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
 3. 피보험자(보험대상자)와 제3자간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 4. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
 5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실에 기인하는 배상책임
 6. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그

때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(Hi1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제22조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 7-0. 배상책임보장 공통 특별약관을 따릅니다.

8. 기타 특별약관

8-1. 출생전 자녀가입 특별약관	.....	8-1
8-2. 계약전환 특별약관	.....	8-2
8-3. 피보험자(보험대상자)추가 특별약관	.....	8-2
8-4. 지정대리청구서비스 특별약관	.....	8-4
8-5. 특별조건부인수 특별약관	.....	8-5
8-6. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	.....	8-6
8-7. 만기고객고객보험료할인 특별약관	.....	8-7

8-1. 출생전 자녀가입 특별약관

제1조 (특별약관의 적용)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)은 상해사망보장 특약, 질병사망보장 특약, 상해후유장해(80%이상)보장 특약, 질병후유장해(80%이상)보장 특약 중 하나 이상의 보장 특약을 무배당 하이라이프굿앤굿어린이씨보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 피보험자(보험대상자)의 부양자에게 부가한 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.
- ② 이 특약은 보통약관의 피보험자(보험대상자)로 될 자가 계약 체결시 출생전 자녀(이하 “태아”라 합니다)인 계약에 대하여 적용합니다.
- ③ 제2항의 태아는 출생시에 피보험자(보험대상자)로 됩니다.

제2조 (출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체 없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 통지서(회사양식)
 - 2. 피보험자(보험대상자)의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
 - 3. 보험증권(보험가입증서)
- ② 회사는 제1항의 알림이 있는 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

제3조 (유산 또는 사산)

- ① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약(다만, 보통약관 피보험자(보험대상자)의 부양자에게 부가한 “상해사망보장 특약”, “질병사망보장 특약”, “모성사망보장 특약”, “상해후유장해(80%이상)보장 특약”, “질병후유장해(80%이상)보장 특약”, “임산·출산·질환입원일당(4일이상)보장 특약”, “유산입원일당(4일이상)보장 특약”, “임산·출산·질환수술보장 특약”, “유산수술보장 특약”, “일상생활 중배상책임(가족) 보장 특약”은 제외합니다)을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 통지서(회사양식)
 - 2. 회사가 필요한 경우 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
 - 3. 보험증권(보험가입증서)
 - 4. 최종보험료 영수증
- ③ 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제4조 (복수출생의 경우)

- ① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 선순위로 기재된 자를 피보험자(보험대상자)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 제1항의 가족관계등록상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자(보험대상자)로 지정할 경우 회사는 이에 따릅니다.
- ③ 제1항 또는 제2항의 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자(보험대상자)가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록상 다음순위의 자를 새로운 피보험자(보험대상자)로 할 수 있습니다. 다만, 제2항의 경우와 같이 계약자가 새로운 피보험자(보험대상자)를 지정할 경우에는 회사는 이에 따릅니다.
- ④ 계약자가 제3항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 새로 피보험자(보험대상자)로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
 - 3. 보험증권(보험가입증서)
- ⑤ 제3항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자(보험대상자)의 사망으로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그때부터 변경 후의 피보험자(보험대상자)에 대해서 보험계약상의 책임을 집니다.
- ⑥ 제1항, 제2항 및 제3항의 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.
- ⑦ 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경이 이루어진 경우에는 변경 전 피보험자(보험대상자)에 대한 사망보험금이 지급되지 아니합니다.
- ⑧ 계약자가 원래의 피보험자(보험대상자)를 고의로 사망케 한 경우에는 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경을 하지 아니합니다.

제5조 (보험금 지급기준 적용나이)

보통약관 제8조(보험나이 등)의 보험기간에서 적용하는 피보험자(보험대상자)의 나이는 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 계산합니다.

제6조 (보험나이 및 특례)

계약일에 있어서의 피보험자(보험대상자)의 보험나이는 0세로 합니다.

제7조 (보험계약일 및 보험나이의 변경)

- ① 회사가 제2조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자(보험대상자)의 출생일이 계약일부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자(보험대상자)의 출생일의 반년전의 해당일로 변경하며, 이로 인하여 부양자의 보험나이가 바뀌어 질 경우에는 이것을 변경합니다.
- ② 제1항에 의해 부양자의 보험나이를 변경할 경우에는 회사는 변경 후의 보험나이에 따라서 보험료를 변경합니다.
- ③ 제2항의 경우 이미 납입한 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때에는 계약자는 이를 회사에 납입해

야 합니다.

제8조 (보험료 정산에 관한 사항)

- ① 계약체결시 피보험자(보험대상자)가 태어날 경우의 보험료는 피보험자(보험대상자) 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자(보험대상자)의 성별이 여자일 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 정산하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 이미 납입한 보험료를 정산하고 환급해야할 금액이 있을 때에는 정산보험료를 정산일까지 기간에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

8-2. 계약전환 특별약관

제1조 (특별약관의 적용)

이 특별약관은 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 이미 15세만기 이상(15세만기, 18세만기, 20세만기, 24세만기, 27세만기)으로 체결되어 있는 유효한 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보험계약의 보험계약자가 제2조(계약전환 안내)에서 정한 안내를 받고 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보험계약의 보험기간 종료일 이전까지 계약전환을 신청한 경우에 한하여, 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 계약을 보험기간 종료시점에서 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약으로 전환하는 경우에 적용합니다.(이하 특별약관은 “특약”, 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 이미 체결되어 있는 유효한 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보험계약은 “전환전 계약”, 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약은 “전환후 계약” 이라 합니다)

제2조 (계약전환 안내)

회사는 전환전 계약의 보험기간이 종료되기 1개월 이전까지 계약전환에 관한 사항을 서면으로 안내하여 드립니다.

제3조 (전환후 계약의 체결)

계약자는 제1조(특별약관의 적용)에서 정한 절차에 따라 계약전환을 신청할 수 있으며, 계

약전환시 전환후 계약의 보장개시일은 전환전 계약의 보험기간 종료일로 합니다.

제4조 (전환후 계약의 보험료 납입)

- ① 전환후 계약의 보험료는 전환전 계약 보통약관 제20조(만기환급금의 지급)에서 정한 만기환급금에서 일시에 대체하는 방법으로 납입합니다.
- ② 계약자는 제1항에서 정한 방법으로 전환후 계약의 보험료가 전액 총당될 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.

제5조 (전환후 계약 약관의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 전환후 계약의 약관규정을 따릅니다.
- ② 이 특약에 정한 사항과 전환후 계약의 약관에서 정한 사항이 서로 다를 경우 이 특약에서 정한 사항을 우선하여 적용합니다.

8-3. 피보험자(보험대상자)추가 특별약관

제1조 (특별약관의 체결)

- ① 이 특별약관(이하 “특약” 이라 합니다)은 상해사망보장 특약, 질병사망보장 특약, 상해후유장해(80%이상)보장 특약, 질병후유장해(80%이상)보장 특약 중 하나 이상의 보장 특약을 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 피보험자(보험대상자) 본인의 부양자에게 부가한 1종 계약(이 특약의 체결시점에서 유효한 계약을 말합니다) 체결 후 상해사망보장 특약, 질병사망보장 특약, 상해후유장해(80%이상)보장 특약, 질병후유장해(80%이상)보장 특약의 피보험자(보험대상자)(상해사망보장 특약, 질병사망보장 특약, 상해후유장해(80%이상)보장 특약, 질병후유장해(80%이상)보장 특약의 피보험자(부양자)가 남자인 경우에는 상해사망보장 특약, 질병사망보장 특약, 상해후유장해(80%이상)보장 특약, 질병후유장해(80%이상)보장 특약 피보험자(부양자)의 가족관계등록상의 배우자로 합니다)가 임신상태에 있는 경우에 임신한 여성에 의하여 태어날 태아를 보통약관 및 제2항에서 정한 특약 중 계약자가 선택한 특약의 피보험자(보험대상자)로 추가하는 경우에 한하여 적용합니다.
- ② 제1항에 따라 피보험자(보험대상자)를 추가할 수 있는 특별약관은 다음과 같습니다.

구분	대상 특약
사망후유장해 보장 특별약관	교통상해후유장해(비운전중), 교통상해후유장해(비탑승중), 교통상해후유장해(대중교통이용중), 자전거탑승중상해후유장해, 상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상), 상해후유장해(80%이상, 수발보상), 교통상해후유장해(비운전중, 80%이상, 수발보상), 교통상해후유장해(비탑승중, 80%이상, 수발보상), 교통상해후유장해(대중교통이용중, 80%이상, 수발보상), 질병후유장해(80%이상, 수발보상)
진단보장 특별약관	골절진단, 5대골절진단, 화상진단, 중증화상/부식진단, 다발성소아암진단, 다발성소아암이외의암진단, 항암방사선약물치료, 질병특정고도장해, 양성뇌종양진단, 심장관련소아특정질병진단, 중대한재생불량성빈혈진단, 특정전염병진단, 3대장애진단, 중증세균성수막염진단, 인슐린의존당뇨병진단, 신생아장해출생진단
입원보장 특별약관	상해입원일당(1일이상), 상해입원일당(4일이상), 상해입원일당(1일이상, 중환자실), 상해입원일당(4일이상, 중환자실), 질병입원일당(1일이상), 질병입원일당(4일이상), 질병입원일당(1일이상, 중환자실), 질병입원일당(4일이상, 중환자실), 암입원일당(4일이상), 식중독입원일당(4일이상), 저체중아입원일당(3일이상), 신생아질병입원일당(4일이상), 상해입원(31일이상), 상해입원(4일이상, 중환자실), 자전거탑승중상해입원(31일이상), 질병입원(31일이상), 질병입원(4일이상, 중환자실)
수술보장 특별약관	골절수술, 5대골절수술, 화상수술, 중대한특정상해수술, 상해흉터성형수술, 암수술, 조혈모세포이식수술, 당뇨병수술, 선천이상수술, 어린이개흉심장수술, 장기이식수술
비용손해보장 특별약관	자동차사고(스쿨존내교통사고), 미성년성폭력범죄피해, 김스치료, 유괴·납치·불법강금피해, 자동차사고부상(비운전중)
배상책임보장 특별약관	일상생활중배상책임(자녀)

③ 제1항 및 제2항에 의하여 태아가 피보험자(보험대상자)로 추가되는 시점은 태아의 출생 시로 합니다.

제2조 (출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체 없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 피보험자(보험대상자)의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
 3. 보험증권(보험가입증서)
- ② 회사는 제1항의 알림이 있는 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

제3조 (유산 또는 사산)

- ① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 회사가 필요한 경우 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
 3. 보험증권(보험가입증서)
- ③ 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 제8조(보험료의 납입)에 따라 납입된 보험료를 돌려드립니다.

제4조 (복수출생의 경우)

- ① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 선순위로 기재된 자를 추가되는 피보험자(보험대상자)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 제1항의 가족관계등록상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자(보험대상자)로 추가할 경우 회사는 이에 따릅니다.
- ③ 제1항 또는 제2항의 추가된 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 추가된 피보험자(보험대상자)가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록상 다음순위의 자를 새로운 추가 피보험자(보험대상자)로 할 수 있습니다. 다만, 제2항의 경우와 같이 계약자가 새로운 피보험자(보험대상자)를 추가하고자 할 경우에는 회사는 이에 따릅니다.
- ④ 계약자가 제3항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 새로 피보험자(보험대상자)로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
 3. 보험증권(보험가입증서)
- ⑤ 제3항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자(보험대상자)의 사망으로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그때부터 변경 후의 피보험자(보험대상자)에

무배당 하이브리프콘크리트인디보험(HI1106) 1중

대해서 보험계약상의 보장을 집니다.

- ⑥ 제1항, 제2항 및 제3항의 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.
- ⑦ 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경이 이루어진 경우에는 변경 전 피보험자(보험대상자)에 대한 사망보험금이 지급되지 아니합니다.
- ⑧ 계약자가 원래의 피보험자(보험대상자)를 고의로 사망케 한 경우에는 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경을 하지 아니합니다.

제5조 (보험금 지급기준 적용나이)

보통약관 제8조(보험나이 등)의 보험기간에서 적용하는 피보험자(보험대상자)의 나이는 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 계산합니다.

제6조 (보험나이 및 특례)

계약일에 있어서의 피보험자(보험대상자)의 보험나이는 0세로 합니다.

제7조 (보험기간)

- ① 추가된 피보험자(보험대상자)의 보험기간(보통약관 보험기간 및 제1조(특약의 체결)에 따라 계약자가 선택한 특별약관의 보험기간을 말합니다. 이하 같습니다)은 추가된 피보험자(보험대상자)의 출생일로부터 이 특약 체결시 보험증권(보험가입증서)에 기재되어 있는 기본계약 보험기간 종료일까지로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 추가된 피보험자(보험대상자)의 “신생아보장 특약” 보험기간은 추가된 피보험자(보험대상자)의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제8조 (보험료의 납입)

- ① 추가된 피보험자(보험대상자)의 보험료(보통약관 보장보험료 및 제1조(특별약관의 체결)에 따라 계약자가 선택한 특별약관의 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- ② 제1항의 보험료 대체납입은 출생일이 속한 달의 말일 날 시작하여 보험기간 종료시까지 월단위로 이루어집니다.
- ③ 제2항의 출생일은 제2조(출생통지)에 의한 출생통지 이전에는 이 특약 체결시 정한 추가되는 피보험자(보험대상자)의 출생예정일로 하고, 출생통지 이후에 실제 출생일을 적용합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 추가된 피보험자(보험대상자)의 “저체중아입원일당(3일이상) 보장 특약” 및 “신생아질병입원일당(4일이상) 보장 특약” 보험료 대체납입은 이 특약 체결일에 일시에 이루어집니다.
- ⑤ 제1항, 제2항 및 제4항에도 불구하고 대체 납입될 보험료가 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금보다 큰 경우에는 해당 보험료를 별

도로 납입하여야 하며, 기본계약이 소멸된 경우에도 해당 보험료를 별도로 납입하여야 합니다.

- ⑥ 기본계약이 소멸하여 제5항에 따라 보험료를 별도로 납입하는 경우 중에서 자녀양육비담보특별약관의 보험료가 일정기간(보통약관 소멸시점을 기준으로 합니다)까지 납입되어 있는 경우에는 그 기간까지의 보험료는 일시에 납입하고 그 기간 이후부터는 월단위로 납입하여야 합니다.

제9조 (보험료 납입연체로 인한 기본계약의 해지시 특약의 처리)

- ① 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 기본계약이 해지되는 경우에는 추가된 피보험자(보험대상자)의 계약(보통약관 및 제1조(특별약관의 체결)에 따라 계약자가 선택한 특별약관을 말합니다. 이하 같습니다)도 해지됩니다.
- ② 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 기본계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 추가된 피보험자(보험대상자)의 계약(보통약관 및 제1조(특별약관의 체결)에 따라 계약자가 선택한 특별약관을 말합니다)의 부활(효력회복)도 함께 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더한 금액을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금에서 대체 납입합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율 + 1%로 계산한 이자를 더한 금액이 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 기본계약 적립부분 책임준비금보다 큰 경우에는 해당 금액을 별도로 납입하여야 합니다.
- ④ 제2항의 부활(효력회복)에 관하여는 보통약관 제1조(보험계약의 성립), 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 보통약관 제25조(계약전 알릴 의무) 및 보통약관 제27조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제10조 (특약의 소멸)

- ① 추가된 피보험자(보험대상자)의 계약의 소멸 사유는 보통약관 제7조(계약의 소멸) 및 해당 특별약관의 “특약의 소멸” 조항을 준용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 추가된 피보험자(보험대상자)의 계약의 소멸시에는 어떠한 금액도 더하여 지급하여 드리지 아니합니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제18조(중도인출금) 및 제20조(만기환급금)의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

8-4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조 (적용대상)

이 특별약관(이하 “특약” 이라 합니다)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 기본계약 및 선택계약에 적용됩니다.

제2조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(講約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조 (지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인” 이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조 (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- 2. 보험증권(보험가입증서)
- 3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
- 4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제5조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제6조 (보험금 등 청구시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서
- 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
- 4. 피보험자의 인감증명서
- 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- 6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

8-5. 특별조건부인수 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자” 라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 보험계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는

경우에도 다음 각호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 아니합니다.

1. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 (특별면책조건의 내용)

- ① 보험계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호의 조건을 부가(1종을 말합니다.)하거나 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가(2종을 말합니다.)합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 장애분류표([별표1] “장애분류표” 참조)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장애로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.
 1. [별표41] “특정부위 분류표” 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
 2. [별표42] “특정질병 분류표” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다.)
- ③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간”으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병 또는 제2항 제2호에서 지정한 특정질병에 대해서 보험계약 청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여

결정합니다.

- ⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

8-6. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 그 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 특별약관은 “특약”, 보험계약자는 “계약자”, 우리회사는 “회사”라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 하이브리프콧앤굿어린이지보험(HI1106) 1중 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에서 “이륜자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의

자동차와 유사한 구조로 되어 있는 상륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함합니다.)와 배기량이 50시시미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

8-7. 만기고객보험료할인 특별약관

제1조 (적용범위)

이 특별약관은 우리회사에 다음 각 호를 모두 만족하는 장기손해보험 계약의 보험계약자가 새로운 장기손해보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.(이하 특별약관은 “특약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다.)

- 1. 보험기간 종료일이 6개월 이내인 유효한 계약 또는 보험기간이 종료된 이후 3개월이 지나지 아니한 계약.
- 2. 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 이상인 계약.
 단, 이미 납입한 보험료 총액은 증권에 기재된 영업보험료(약관에서 정한 방법에 따라 계약자가 임의 또는 수시로 납입하는 보험료는 제외)를 대상으로 하며, 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 미만인 계약에 대해서는 우리회사에 가입한지 1년 이상 경과한 유효한 다른 장기손해보험 계약이 있을 경우 그 계약의 이미 납입한 보험료 총액과 합산하여 계산함.

제2조 (보험요율의 적용)

이 특약을 부가하는 장기손해보험 계약에 대하여 회사가 정한 기준에 따라 할인한 보험요

율을 적용합니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

무배당

하이라이프굿앤굿어린이보험(Hi1106)

1종 전환계약

상품안내

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

<개요 및 구조>

- 무배당 하이라이프콧앤케어리니C보험(HI1106) 1종 전환계약은 계약 전환을 신청한 경우에 한하여 1종 계약의 보험기간 만료 시점부터 상해, 질병, 비용송해, 배상책임손해에 대한 보장을 받을 수 있는 상품입니다.
- 상품구조

구분	내용
상품 형태	순수보장형
적용이율	3.75%

1. 보험기간, 보험료 납입기간, 가입나이 및 보험료 납입주기 및 가입대상

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
기본계약			
선택 계약	60세, 70세, 80세만기	일시납	15세, 18세, 20세, 24세, 27세
	상해사망, 골절진단, 화상진단, 암진단, 뇌졸중진단, 급성심근경색증진단, 상해입원일당(1일이상), 질병입원일당(1일이상), 암입원일당(4일이상), 골절수술, 화상수술, 암수술, 자동차사고부상(비운전중), 일상생활중배상책임(가족)		

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
선택 계약	60세, 70세, 80세만기	일시납	18세, 20세, 24세, 27세
	교통상해입원일당(1일이상, 운전자), 자동차사고발급, 자동차사고변호사선임비용, 자동차사고면허정지일당, 자동차사고면허취소, 자동차사고처리지원금(사망, 종과실, 중상해), 자동차사고처리지원금(중상해), 자동차사고부상(운전자)		

■ 보험료 납입주기 : 월납, 2개월납, 3개월납, 6개월납, 연납

■ 가입대상

: 1종 기본계약의 피보험자(보험대상자)
 (1종 계약의 보험기간 중간에 “피보험자 추가 특약”에 의하여 추가된 피보험자(보험대상자)는 1종 전환계약의 가입대상에서 제외합니다.)

2. 보험금, 만기환급금 및 중도인출금 지급에 관한 사항

가. 보험금의 지급

구분	지급 사유	지급 금액
기본계약	상해로 3%이상 후유장해시	가입금액 × 후유장해지급률
사망 후유장해 보장	상해사망 상해로 사망시	특약가입금액
진단 보장	골절진단 상해로 골절(치아파절제외)로 진단 확정되는 경우	특약가입금액
	화상진단 상해로 심재성 2도 이상의 화상으로 진단 확정되는 경우	특약가입금액

무배당 하이투자증권어린이보험(HI1106) 1중

구 분		지급 사유	지급 금액
진단보장	암진단	“기타피부암/갑상선암 이외의 암” 으로 진단 확정받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정받은 경우	특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	뇌졸중진단	뇌졸중으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	급성심근경색증진단	급성심근경색증으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
입원보장	상해입원일당 (1일이상)	상해로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	교통상해입원일당 (1일이상, 운전자)	교통사고로 발생한 상해로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	질병입원일당 (1일이상)	질병으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	암입원일당 (4일이상)	“기타피부암/갑상선암 이외의 암” 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액의 100%(120일 한도)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액의 20% (120일 한도)
수술보장	골절수술	상해로 골절수술을 받은 경우	특약가입금액
	화상수술	상해로 심재성 2도 이상의 화상으로 수술을 받은 경우	특약가입금액
	암수술	“기타피부암/갑상선암 이외의 암” 의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우		수술 1회당 특약가입금액의 20%	

구 분		지급 사유	지급 금액								
비용손해보장	자동차사고별금	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 별금형을 받은 경우	별금액(2,000만원 한도)								
	자동차사고 변호사선임비용	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속되거나 기소된 경우(약식기소 제외)	변호사선임비용 (특약가입금액 한도)								
	자동차사고 면허정지일당	자동차 운전중 사고로 면허정지된 경우	면허정지 1일당 특약가입금액 (60일 한도)								
	자동차사고 면허취소	자동차 운전중 사고로 면허취소된 경우	특약가입금액								
	자동차사고 처리지원금 (사망,중과실, 중상해)	자동차 운전중 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀 제외)을 사망케하거나, 아래와 같은 상해를 입힌 경우 ○ “중대법규위반교통사고” 로 42일이상 진단받은 경우 ○ “일반교통사고” 로 중상해를 입혀 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해1~3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	각 사고별 해당금액을 한도로 피보험자가 지급한 형사합의금을 실손비례보상함								
			<table border="1"> <tr> <td>사 망</td> <td>3,000만원</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">중대법규 위반 교통사고</td> <td>6주이상 진단시 :</td> </tr> <tr> <td>1,000만원</td> </tr> <tr> <td>10주이상 진단시 :</td> </tr> <tr> <td>2,000만원</td> </tr> <tr> <td>20주이상 진단시 :</td> </tr> <tr> <td>3,000만원</td> </tr> <tr> <td>중상해 또는 상해1~3급 부상시</td> <td>3,000만원</td> </tr> </table>	사 망	3,000만원	중대법규 위반 교통사고	6주이상 진단시 :	1,000만원	10주이상 진단시 :	2,000만원	20주이상 진단시 :
사 망	3,000만원										
중대법규 위반 교통사고	6주이상 진단시 :										
	1,000만원										
	10주이상 진단시 :										
2,000만원											
20주이상 진단시 :											
3,000만원											
중상해 또는 상해1~3급 부상시	3,000만원										
자동차사고처리 지원금 (중상해)	자동차 운전중 사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀제외)을 “일반교통사고” 로 중상해를 입혀 공소제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해1~3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 3,000만원 한도로 실손비례보상									

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

구분	지급 사유	지급 금액		
비용 손해 보장	자동차사고부상 (운전자)	교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	상해급수	지급금액
			1급	600만원
			2~4급	300만원
			5급	150만원
			6급	80만원
			7급	40만원
			8~11급	20만원
	12~14급	10만원		
	자동차사고부상 (비운전중)	비운전중교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	상해급수	지급금액
			1급	600만원
			2~4급	300만원
			5급	150만원
			6급	80만원
			7급	40만원
8~11급			20만원	
12~14급	10만원			
배상 책임 보장	피보험자 본인 및 가족이 일상생활중 타인의 신체에 장애 또는 재물에 손해를 입힘으로써 법률상의 배상책임을 부담하는 경우	1억원 한도 실손비례보상 (자기부담금 :보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액)		

나. 만기환급금의 지급

■ 만기환급금 : 이 보험은 순수보장형 상품으로 만기환급금이 없습니다.

3. 보험료 산출기초 요약

가. 보험료의 구성

보험료는 보험계약자가 보험계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 “보장보험료”와 “적립보험료”로 구성됩니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 적립순보험료와 회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료

나. 보장보험료 적용이율

- 이 보험의 보장순보험료와 부가보험료의 적용이율(예정이율)은 연복리 3.75%입니다.
- 예정이율 : 보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

다. 예정위험률

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

라. 예정사업비율

보험회사가 보험계약관리상의 비용, 보험설계사에 대한 수수료, 광고, 선전 등 회사 경영의 여러 경비로 총당하기 위하여 필요한 비용을 사업비라고 합니다. 보험회사는 보험료 계산시에 장래 지출될 사업비를 예상하여 보험료 중 일정비율을 사업비로 책정하고 있는데, 이를 예정사업비율이라 합니다.

4. 이 상품의 특이사항

■ 계약전환에 관한 사항

- 1종 전환계약의 보험료는 1종 계약의 만기환급금에서 일시에 대체하는 방법으로 납입합니다. 다만, 이 방법으로 1종 전환계약의 보험료를 총당할 수 없는 경우에는 그 초과액을 추가로 납입하여야 합니다.
- 1종 전환계약의 피보험자(보험대상자)는 1종 기본계약의 피보험자(보험대상자)로 하며, 1종 계약의 보험기간 중간에 “피보험자 추가 특약”에 의하여 추가된 피보험자(보험대상자)는 1종 전환계약의 피보험자(보험대상자)에서 제외합니다.
- “계약전환 특약”에 관한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

무배당

하이라이프굿앤굿어린이보험(Hi1106)

1종 전환계약 보통약관

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관 목차

제1장 계약의 성립과 유지	5	제4장 계약 전 알릴의무 등	11
제1조 (계약의 성립)		제23조 (계약전 알릴 의무)	
제2조 (청약의 철회)		제24조 (상해보험계약 후 알릴 의무)	
제3조 (약관교부 및 설명의무 등)		제25조 (알릴 의무 위반의 효과)	
제4조 (계약의 무효)		제26조 (중대사유로 인한 해지)	
제5조 (계약내용의 변경 등)		제27조 (사기에 의한 계약)	
제6조 (계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)		제5장 보험금 지급의 절차 등	12
제7조 (계약의 소멸)		제28조 (주소변경통지)	
제8조 (보험나이 등)		제29조 (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)	
제2장 보험료의 납입 등	7	제30조 (대표자의 지정)	
제9조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)		제31조 (보험금 지급사유의 통지)	
제10조 (제2회 이후 보험료의 납입)		제32조 (보험금 등 청구시 구비서류)	
제11조 (보험료의 자동대출납입)		제33조 (보험금의 지급)	
제12조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)		제34조 (환급금의 지급)	
제13조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))		제35조 (보험금을 받는 방법의 변경)	
제14조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))		제36조 (계약내용의 교환)	
제3장 보험금의 지급	9	제37조 (보험계약대출)	
제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)		제6장 분쟁조정 등	13
제16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)		제38조 (분쟁의 조정)	
제17조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)		제39조 (관할법원)	
제18조 (만기환급금의 지급)		제40조 (약관의 해석)	
제19조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)		제41조 (회사가 제작한 보험안내장의 효력)	
제20조 (해지환급금)		제42조 (회사의 손해배상책임)	
제21조 (배당금의 지급)		제43조 (회사의 파산선고와 해지)	
제22조 (소멸시효)		제44조 (예금보험기법에 의한 지급보장)	
		제45조 (준거법)	

제1장 계약의 성립과 유지

제1조 (계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다.)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다.)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.



< 보험료 >

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

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보장부분 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다.) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.



< 예정이율 >

회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 “예정이율”이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

제2조 (청약의 철회)

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



< 보험계약대출이율 >

계약자는 해당 계약의 해지한금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 “보험계약대출”이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 “보험계약대출이율”이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다.

- ③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조 (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 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 송부하고, 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요한 내용 설명은 다음 각 호의 방법으로 대신할 수 있습니다.
 1. 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관의 중요한 내용에 대하여 확인하는 하는 경우.
 2. 계약자가 동의하는 경우 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고, 그에 대한 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음하는 경우
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다.)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제2호의 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제4조 (계약의 무효)

- 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
 2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우



< 심신상실자 >

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

< 심신박약자 >

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

3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우.
다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제5조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
 5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

- 니다.
- ⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

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

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (계약의 소멸)

- ① 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자) 모두에 대하여 이 계약이 더 이상 효력을 가지지 아니하는 때에는 이 계약은 소멸됩니다.

제8조 (보험나이 등)

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

< 보험나이 계산 예시 >
 생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
 ⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제2장 보험료의 납입 등

제9조 (제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제23조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제25조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제10조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

제11조 (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산된 이자를 더한 금액이 당해 보

무배당 하이브리프콘크리트인디보험(HI1106) 1중 전환계약

현료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합 계약에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입 최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제12조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입 최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다.)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 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 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제13조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 예정이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시), 제23조(계약전 알릴 의무), 제25조(알릴의무 위반의 효과) 및 제27조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(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.



< 강제집행 >

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

< 담보권실행 >

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

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

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

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

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

제3장 보험금의 지급

제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표 1] “장해분류표” 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
후유장해보험금	상해로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

- ② 이 계약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체

에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.



< 보험기간 >

보험기간이라 함은 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 기간을 말합니다.

< 보험가입금액 >

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험자가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

제16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다.
- ② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미

지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체 부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급하여 드립니다.
 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제17조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

니다.) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)

- 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제18조 (만기환급금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 만기환급금을 지급하지 아니합니다.

제19조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 계약의 사망당시 보장부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 이 계약의 피보험자(보험대상자)가 모두 사망한 경우에는 회사가 적립한 이 계약의 사망당시 적립부분 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 보장부분 책임준비금과 적립부분 책임준비금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제20조 (해지환급금)

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

제21조 (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제22조 (소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 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.

제4장 계약 전 알릴의무 등

제23조 (계약전 알릴 의무)

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

< 계약전 알릴의무 >

상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)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.

제24조 (상해보험 계약 후 알릴 의무)

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

제25조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지

할 수 있습니다.

- 1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제24조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때.
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때.
 - 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 - 4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초 자료(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 제20조(해지환급금)에서 정한 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 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 그 손해에 대하여 제24조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제26조 (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 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제27조 (사기에 의한 계약)

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

제5장 보험금 지급의 절차 등

제28조 (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다.)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제29조 (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 제18조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 사망 보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제30조 (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 받

는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

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

제31조 (보험금 지급사유의 통지)

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

제32조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사 처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급된 것이어야 합니다.

제33조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 제32조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.



< 영업일 >

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

- ② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다

만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제32조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 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 지급사유에 대한 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통제한 경우를 포함합니다.)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제25조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의뢰기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제34조 (환급금의 지급)

- ① 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
- ③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제35조 (보험금을 받는 방법의 변경)

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

제36조 (계약내용의 교환)

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

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

제37조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다. 그러나 손수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 또는 환급금의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6장 분쟁조정 등

제38조 (분쟁의 조정)

무배당 하이브리프콘크리트어린이지보험(HI1106) 1중 전환계약

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

제39조 (관할법원)

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

제40조 (약관의 해석)

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

제41조 (회사가 제작한 보험안내장의 효력)

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

제42조 (회사의 손해배상책임)

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

제43조 (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 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

다.

제44조 (예금보험기금에 의한 지급보장)

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



< 예금자보호제도 >

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

제45조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당

하이라이프굿앤굿어린이디보험(Hi1106)

1종 전환계약 특별약관

무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 전환계약 특별약관 목차

<p>IV. 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 전환계약 특별약관</p> <p>1. 사망후유장해보장 특별약관</p> <p>1-1. 상해사망보장 특별약관 1-1</p> <p>2. 진단보장 특별약관</p> <p>2-1. 골절진단보장 특별약관 2-1</p> <p>2-2. 화상진단보장 특별약관 2-1</p> <p>2-3. 암진단보장 특별약관 2-2</p> <p>2-4. 뇌졸중진단보장 특별약관 2-4</p> <p>2-5. 급성심근경색증진단보장 특별약관 2-5</p> <p>3. 입원보장 특별약관</p> <p>3-1. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 3-1</p> <p>3-2. 교통상해입원일당(1일이상, 운전자)보장 특별약관 3-1</p> <p>3-3. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 3-3</p> <p>3-4. 암입원일당(4일이상)보장 특별약관 3-4</p> <p>4. 수술 보장 특별약관</p> <p>4-1. 골절수술보장 특별약관 4-1</p> <p>4-2. 화상수술보장 특별약관 4-2</p>	<p>4-3. 암수술보장 특별약관 4-3</p> <p>5. 비용손해보장 특별약관</p> <p>5-1. 자동차사고별금보장 특별약관 5-1</p> <p>5-2. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관 5-1</p> <p>5-3. 자동차사고면허정지일당보장 특별약관 5-3</p> <p>5-4. 자동차사고면허취소보장 특별약관 5-3</p> <p>5-5. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)보장 특별약관 5-4</p> <p>5-6. 자동차사고처리지원금(중상해)보장 특별약관 5-6</p> <p>5-7. 자동차사고부상(운전자)보장 특별약관 5-7</p> <p>5-8. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관 5-8</p> <p>6. 배상책임보장 특별약관</p> <p>6-0. 배상책임보장 공통 특별약관 6-1</p> <p>6-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관 6-6</p> <p>7. 기타 특별약관</p> <p>7-1. 지정대리청구서비스 특별약관 7-1</p> <p>7-2. 특별조건부인수 특별약관 7-1</p> <p>7-3. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관 7-2</p>
---	--

7-4. 만기고객보험료할인 특별약관

..... 7-3

1. 사망후유장해보장 특별약관

1-1. 상해사망보장 특별약관

..... 1-1

1-1. 상해사망보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
사망보험금	상해로 사망한 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종 선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이씨보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 이 특약에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였

을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 진단보장 특별약관

2-1. 골절진단보장 특별약관	.....	2-1
2-2. 화상진단보장 특별약관	.....	2-1
2-3. 암진단보장 특별약관	.....	2-2
2-4. 뇌졸중진단보장 특별약관	.....	2-4
2-5. 급성심근경색증진단보장 특별약관	.....	2-5

2-1. 골절 진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “골절” (“치아파절” 제외)로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
골절진단보험금	“골절” (“치아파절” 제외)로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (골절 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “골절”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표3] “골절 분류표”에 해당하는 상병을 말합니다.

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

대상이 되는 상병	분류번호
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 골절진단보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-2. 화상진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “화상”으로 진단 확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
화상진단보험금	“화상”으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (화상의 정의)

이 특약에서 “화상”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표5] “화상 분류표”에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린아이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-3. 암진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “암등의 질병”으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 “암”(“기타피부암”, “갑상선암” 제외)으로 제1호의 암진단보험금을 지급 받은 이후에 진단 받은 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양은 진단보험금을 지급하지 아니합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암진단보험금	“암” (“기타피부암” , “갑상선암” 제외)으로 진단 확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암 진단보험금	“기타피부암” 으로 진단 확정된 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암 진단보험금	“갑상선암” 으로 진단 확정된 경우	
4. 제자리암 진단보험금	“제자리암” 으로 진단 확정된 경우	
5. 경계성종양 진단보험금	“경계성종양” 으로 진단 확정된 경우	

제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] “악성신생물(암) 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] “제자리신생물 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암등의 질병” 이라 함은 제1항에서 정한 “암” , 제4항에서 정한 “제자리암” 및 제5항에서 정한 “경계성종양” 을 총칭합니다.
- ⑦ “암등의 질병” 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병” 의 경우 청약서상 “계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다.)” 에 해당하는 “암등의 질병” 으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)의 진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 “암등의 질병” 이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 “암등의 질병” 으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 계약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이씨보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암진단보험금 지급 사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

무배당 하이라이프닷컴어린아이보험(HI1106) 1종 전환계약

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-4. 뇌졸중진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류	지급금액
뇌졸중진단보험금	“뇌졸중”으로 진단 확정된 경우 이 특약의 보험가입금액

제2조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “뇌졸중”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표30] “뇌졸중 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 지주막하 출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

- ② “뇌졸중”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보

험자(보험대상자)가 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “뇌졸중”의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “뇌졸중”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 뇌졸중진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 확정된 “뇌졸중”이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) “뇌졸중”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프닷컴어린아이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-5. 급성심근경색증진단보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
급성심근경색증 진단보험금	“급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우	이 특약의 보험가입금액

제2조 (급성심근경색증의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표31] “급성심근경색증 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “급성심근경색증”의 경우 청약서상 “계약전 알

릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 “급성심근경색증”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다.)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 급성심근경색증진단급여금을 지급하지 아니합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 확정된 급성심근경색증 이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 급성심근경색증으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제1항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이씨보험(Hi1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)에게 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 입원보장 특별약관

3-1. 상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-1
3-2. 교통상해입원일당(1일이상, 운전자)보장 특별약관	.....	3-1
3-3. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	.....	3-3
3-4. 암입원일당(4일이상)보장 특별약관	.....	3-4

3-1. 상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접 결과로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

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

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 상해입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-2. 교통상해입원일당(1일 이상, 운전자)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

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

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체

무배당 하이라이프굿앤굿어린이지보험(HI1106) 1종 전환계약

(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 “자동차 이외의 교통수단”(이하 “기타교통수단”이라 합니다.)에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있을 때에 발생한 교통사고
 3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ④ 제1항에서 “기타교통수단”이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다.), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다.)
 4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여

입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ③ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 교통상해입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 교통상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이지보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 경우는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-3. 질병입원일당(1일 이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.)중에 질병으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일 당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

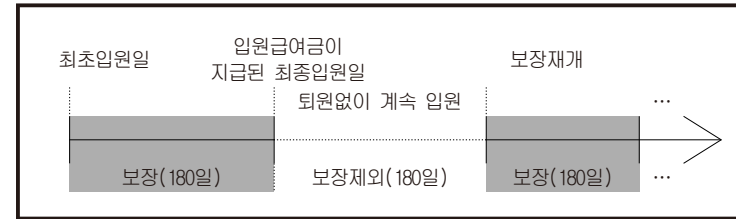
보험금의 종류		지급금액
질병입원급여금	질병으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도)

제2조 (입원의 정의와 장소)

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병의 경우 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다.)”에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년을 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다.) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 뇌질환
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

무배당 하이브리프콘슈어런이디보험(HI1106) 1중 전환계약

- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치료질환

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-4. 암입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “암등의 질병”으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 암입원급여금	“암” (“기타피부암”, “갑상선암” 제외)으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액(120일 한도)
2. 기타피부암 입원급여금	“기타피부암”으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액(120일 한도)
3. 갑상선암 입원급여금	“갑상선암”으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	
4. 제자리암 입원급여금	“제자리암”으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	
5. 경계성종양 입원급여금	“경계성종양”으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	

제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] “악성신 생물(암) 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악 성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] “제자리신 생물 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암등의 질병”이라 함은 제1항에서 정한 “암”, 제4항에서 정한 “제자 리암” 및 제5항에서 정한 “경계성종양”을 총칭합니다.
- ⑦ “암등의 질병”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는

증거가 있어야 합니다.

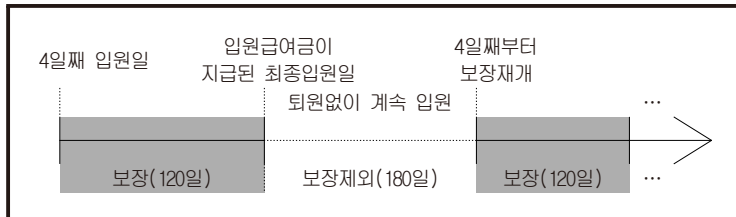
【유의사항】
 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선
 정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생
 물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생
 한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “암등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “암등의 질병”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “암등의 질병”의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암등의 질병”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암등의 질병”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “암등의 질병”으로 진단된 경우에는 이는 “암등의 질병”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 동일한 “암등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 “암등의 질병”에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “암등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “암등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금은 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니할 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병”의 경우 청약서상 “계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)”에 해당하는 “암등의 질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암등의 질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “암등의 질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑧ 제7항의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이씨보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을

무배당 하이브리프컷앳어린이지보험(HI1106) 1종 전환계약

받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 수술보장 특별약관

4-1. 골절수술보장 특별약관	.....	4-1
4-2. 화상수술보장 특별약관	.....	4-2
4-3. 암수술보장 특별약관	.....	4-3

4-1. 골절수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
골절수술보험금	“골절”로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (골절의 정의)

이 특약에서 “골절”이라 함은 제6차 한국표준질병 사인분류에 있어서 [별표3] “골절 분류표”에 해당하는 상병을 말합니다.

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

대상이 되는 상병	분류번호
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술보험금만 지급하여 드립니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

무배당 하이라이프닷컴어린이보험(Hi1106) 1중 전환계약

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-2. 화상수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 상해의 직접결과로써 “화상”으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
화상수술보험금	“화상”으로 수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (화상의 정의)

이 특약에서 “화상”이라 함은 [별표5] “화상 분류표”에서 정한 화상에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

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

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술보험금만 지급하여 드립니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프닷컴어린이보험(Hi1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 이외에도 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로 회복을 위한 수술은 포함합니다.)

2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-3. 암수술보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 “암등의 질병”으로 진단 확정되고, 그 “암등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류	지급금액	
1. 암수술보험금	“암” (“기타피부암” , “갑상선암” 제외)으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 100% 해당액
2. 기타피부암 수술보험금	“기타피부암” 으로 수술을 받은 경우	이 특약 보험가입금액의 20% 해당액
3. 갑상선암 수술보험금	“갑상선암” 으로 수술을 받은 경우	
4. 제자리암 수술보험금	“제자리암” 으로 수술을 받은 경우	
5. 경계성종양 수술보험금	“경계성종양” 으로 수술을 받은 경우	

제2조 (암등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] “악성신생물(암) 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표8] “제자리신생물 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양” 이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표9] “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암등의 질병” 이라 함은 제1항에서 정한 “암” , 제4항에서 정한 “제자리암” 및 제5항에서 정한 “경계성종양” 을 총칭합니다.
- ⑦ “암등의 질병” 의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암등의 질병” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선 정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생 물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생 한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “암등의 질병”의 경우 청약서상 계약전 알릴의 무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 “암등의 질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 수술보험금을 지급하지 아니합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암등의 질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 “암등의 질병”으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 무배당 하이라이프갯앤갯어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 비용손해 보장 특별약관

5-1. 자동차사고별금보장 특별약관	.....	5-1
5-2. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관	.....	5-1
5-3. 자동차사고면허정지일당보장 특별약관	.....	5-3
5-4. 자동차사고면허취소보장 특별약관	.....	5-3
5-5. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)보장 특별약관	.....	5-4
5-6. 자동차사고처리지원금(중상해)보장 특별약관	.....	5-6
5-7. 자동차사고부상(운전자)보장 특별약관	.....	5-7
5-8. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관	.....	5-8

5-1. 자동차사고별금보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고당 2,000만원 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
벌금	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 벌금형을 받은 경우	벌금액 (2,000만원 한도)

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자동차 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트랙터재식 콘크리트펌프, 트랙터재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “벌금액”이라 함은 법원의 확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다.)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함합니다.)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 특약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
 2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
 4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허상태에서 운전하던중 발생한 손해

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5-2. 자동차사고변호사선임비용보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 경찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다. 단 약식기소는 제외합니다.)된 경우에는 변호사 선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 “변호사선임비용”이라 합니다.)를 “1사

무배당 하이라이프코넵케어리이디보험(HI1106) 1중 전환계약

고” 마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
변호사 선임비용	자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 구속되거나 기소된 경우 (약식기소 제외)	변호사선임비용 (이 특약의 보험가입금액 한도)

② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자동차 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덩크트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6중 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “구속”이라 함은 형사소송법상 피고인 또는 피의자 신체의 자유를 제한하는 대인적 강제처분을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “기소”라 함은 검사가 특정형사건에 관하여 법원에 재판을 청구하는 소송행위를 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “약식기소”라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “1사고”라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, “1사고”로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자(보험대상자)가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
- ⑦ 이 특약에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프코넵케어리이디보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
 - 2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 - 3. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
 - 4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
- 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
- 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 규정을 제외합니다.)을 따릅니다.

5-3. 자동차사고면허정지일당보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차 운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 정지기간 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
면허정지일당	자동차 운전중 사고로 운전면허가 일시정지 된 경우	면허정지기간 1일당 이 특약의 보험가입금액(최고 60일 한도)

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자동차 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지일당을 지급하지 않습니다.
- ② 이 특약에서 “면허정지기간”이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조치 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 아니합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
 2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
 4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제5조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제6조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5-4. 자동차사고면허취소보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자동차 운전중 사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의

무배당 하이라이프닷컴어린이보험(HI1106) 1중 전환계약

자동차 운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
면허재취득 지원금	자동차 운전중 사고로 운전면허가 취소 된 경우	이 특약의 보험가입금액

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자동차 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6중 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프닷컴어린이보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 1. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
 2. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해
 4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

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

5-5. 자동차사고처리지원금(사망, 중과실, 중상해)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자동차 운전중 사고로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 “피해자”라 합니다.)에게 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다.)을 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 피보험자(보험대상자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액								
교통사고 처리 지원금	1. 자동차 운전중 사고로 피해자를 사망하게 한 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)								
	2. 자동차 운전중 “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인 기준) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우	<table border="1"> <thead> <tr> <th>진단일</th> <th>형사합의금</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>42일~ 69일</td> <td>1천만원 한도</td> </tr> <tr> <td>70일~139일</td> <td>2천만원 한도</td> </tr> <tr> <td>140일이상</td> <td>3천만원 한도</td> </tr> </tbody> </table>	진단일	형사합의금	42일~ 69일	1천만원 한도	70일~139일	2천만원 한도	140일이상	3천만원 한도
	진단일	형사합의금								
42일~ 69일	1천만원 한도									
70일~139일	2천만원 한도									
140일이상	3천만원 한도									
3. 자동차 운전중 “일반교통사고”로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소 제기되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)									

< 용어풀이 >

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

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자동차 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덩크트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트랙적재식 콘크리트펌프, 트랙적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표2] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

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

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 금액을 한도로 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
 3. 검찰에 의해 공소제기된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
 5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 경우
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시형용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해
6. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주무면허 상태에서 운전하던 중 발생한 손해
7. 자가용의 경우, 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중에 발생한 사고

제5조 (보험금의 비례분담)

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

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 전환계약

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적정한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5-6. 자동차사고처리지원금(중상해)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 자동차 운전중 사고 중에서 “일반교통사고”로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다.)에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 경찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금(이하 “형사합의금”이라 합니다.)을 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 피보험자(보험대상자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액
중상해교통사고 처리지원금	자동차 운전중 일반교통사고로 타인에게 중상해를 입혀 형사합의금을 지급한 경우	형사합의금 (3,000만원 한도)

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

제2조 (자동차 운전중 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “자동차 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표32] 참조) 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.
- ④ 제3항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서([별표32] 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 - 2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
 - 3. 경찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 - 4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
 - 5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

제5조 (보험금의 비례분담)

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

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을

받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5-7. 자동차사고부상(운전자)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로서 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 [별표29] 자동차사고 부상등급표의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액	
자동차사고 부상보험금	교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	상해급수	지급금액
		1급	600만원
		2-4급	300만원
		5급	150만원
		6급	80만원
		7급	40만원
		8-11급	20만원
12-14급	10만원		

- ② 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (교통사고 등의 정의)

- ① 이 특약에서 “교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
 2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사

- 고
- 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
 - 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6중 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.
 - 제1항에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이브리프콘크리트인씨보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 - 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 6중 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

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

5-8. 자동차사고부상(비운전중)보장 특별약관

제1조 (보험금의 종류 및 지급사유)

- 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 비운전중 교통사고로 발생한 손해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 [별표29]자동차사고 부상등급표의 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

보험금의 종류		지급금액	
자동차사고 부상보험금	비운전중교통사고로 발생한 상해로 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에 정한 상해등급을 받은 경우	상해급수	지급금액
		1급	600만원
		2~4급	300만원
		5급	150만원
		6급	80만원
		7급	40만원
		8~11급	20만원
12~14급	10만원		

- 이 특약에서 상해라 함은 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조 (비운전중교통사고 등의 정의)

- 이 특약에서 “비운전중교통사고”라 함은 아래에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.
 - 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
 - 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- 제1항에서 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적

재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 “6종 건설기계”라 합니다.)를 말합니다.

- ③ 제1항에서 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주차차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하지 아니하는 사유는 무배당 하이라이프콧앤굿어린아이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
 - 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다.) 또는 흥행(연습을 포함합니다.)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다.)하고 있는 동안 발생한 손해
 - 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해
 - 4. 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제5조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제6조 (준용규정)

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

6. 배상책임 보장 특별약관

6-0. 배상책임보장 공통 특별약관	..... 6-1
6-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관	..... 6-6

6-0. 배상책임보장 공통 특별약관

제1조 (계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 보험에 가입한 물건(이하 “보험목적”이라 합니다) 또는 피보험자가 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 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.



< 피보험자 >

재물·배상책임을 보장하는 보험에서 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람을 말합니다.

제2조 (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 다음 각 호의 방법으로 대신할 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, 계약전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 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 계약체결일로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자, 피보험자가 동일한 계약은 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3호의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제3조 (계약의 무효)

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

제4조 (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. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관

(이하 “보통약관”이라 합니다.) 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.



< 보험기간 >

보험기간이라 함은 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 기간을 말합니다.

< 보험가입금액 >

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험자가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

제5조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약이 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 - 1. 제10조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 2. 제3조(계약의 무효), 해당 배상책임보장 특별약관의 보상하지 아니하는 손해, 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제15조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

제7조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다.)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 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)를 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제4조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 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 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복)됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



< 강제집행 >

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

< 담보권실행 >

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

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

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

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

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

제9조 (의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제24조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제10조 (계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약 시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법상 “고지의무”와 같습니다.)합니다.

< 계약전 알릴의무 >

상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)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.

제11조 (계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 다음 각 호와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제12조 (타인을 위한 계약)

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

제13조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한

- 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 - 3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
 - 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등” 이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
 - ③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
 - ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해 발생 후에 이루어진 경우에도 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 알려드립니다.
 - ⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자, 피보험자가 증명할 경우에는 보상하여 드립니다.
 - ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제14조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급하여 드립니다.

제15조 (사기에 의한 계약)

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

제16조 (주소변경통지)

- ① 계약자 또는 피보험자(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제17조 (양도)

회사의 서면동의 없는 보험목적의 양도는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조 (손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 - 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 - 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제19조 (손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피보험자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다.)
 - 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재, 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 회사의 동의를 미리 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 해당 배상책임보장 특별약관 보상하는 손해에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 - 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 - 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 - 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용

과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제20조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

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

제21조 (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자 또는 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

- 1. 보험금 청구서(회사양식)
- 2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
- 3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
- 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제22조 (보험금의 지급)

- ① 회사는 제21조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다
- ② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급적보험금으로 지급하여 드립니다
- ③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제23조 (보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제24조 (보험금의 분담)

- ① 이 특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 특약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 특약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
- ② 이 특약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제25조 (대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
 - 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 - 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제26조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한

무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약

보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제27조 (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에 관한법을 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 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용

제28조 (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험 증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가입료나 가입행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 비율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제29조 (준용규정)

이 계약에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제7조(계약의 소멸), 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제18조(만기환급금의 지급) 및 제19조(약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사

망시 지급금)의 규정은 제외합니다.)을 따릅니다.

6-1. 일상생활중배상책임(가족)보장 특별약관

제1조 (보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 제5조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 아래에 열거한 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.)의 장해에 대한 법률상의 배상책임 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다.)를 이 특약에 따라 보상하여 드립니다.

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

제2조 (보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 채무 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1종 전환계약 6-0. 배상책임보장 공통 특별약관(이하 “공통 특별약관”이라 합니다.) 제19조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 공통 특별약관 제19조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - 마. 피보험자가 공통 특별약관 제20조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조 (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도

액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)한도, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’ 목, ‘나’ 목 또는 ‘마’ 목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’ 목 또는 ‘라’ 목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보험가입금액(보상한도액)내에서 보상합니다.

제4조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임에 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
 3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임.
 5. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
 6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
 7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
- ② 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음 각 호에 열거한 배상책임에 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
 2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)에 기인하는 배상책임
 4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
 6. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
 7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외

합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제5조 (피보험자의 범위)

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

제6조 (특약의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제7조 (약관상 보장하지 아니하는 원인으로 사망시 지급금)

- ① 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특약의 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의로 인한 사망의 경우에는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이보험(HI1106) 1중 전환계약 보통약관 제20조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 공통 특별약관을 따릅니다.

7. 기타 특별약관

7-1. 지정대리청구서비스 특별약관	.....	7-1
7-2. 특별조건부인수 특별약관	.....	7-1
7-3. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	.....	7-2
7-4. 만기고객보험료할인 특별약관	.....	7-3

7-1. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조 (적용대상)

이 특별약관(이하 “특약” 이라 합니다)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 기본계약 및 선택계약에 적용됩니다.

제2조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(講約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조 (지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인” 이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조 (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- 2. 보험증권(보험가입증서)
- 3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
- 4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인인

아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제5조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제6조 (보험금 등 청구시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서
- 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
- 4. 피보험자의 인감증명서
- 5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- 6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

7-2. 특별조건부인수 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자” 라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다.) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)에

무배당 하이라이프굿앤굿어린이지보험(HI1106) 1종 전환계약

- 서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
 - ④ 보험계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 아니합니다.
 - 1. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 - 2. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 (특별면책조건의 내용)

- ① 보험계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호의 조건을 부가(1종을 말합니다.)하거나 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가(2종을 말합니다.)합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니합니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 장애분류표([별표1] “장애분류표” 참조)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장애로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.
 - 1. [별표33] “특정부위 분류표” 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
 - 2. [별표34] “특정질병 분류표” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다.)
- ③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간”으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 3. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병 또는 제2항 제2호에서 지정한 특정질병에 대해서 보험계약 청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입

원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

7-3. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 그 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 특별약관은 “특약”, 보험계약자는 “계약자”, 우리회사는 “회사”라 합니다.)
- ② 이 특약의 효력발생일은 무배당 하이라이프굿앤굿어린이지보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지

급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1항에서 “이륜자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 상륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함합니다.)]와 배기량이 50cc(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ④ 제1항에서 “자동차를 운전중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

7-4. 만기고객보험료할인 특별약관

제1조 (적용범위)

이 특별약관은 우리회사에 다음 각 호를 모두 만족하는 장기손해보험 계약의 보험계약자가 새로운 장기손해보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.(이하 특별약관은 “특약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다.)

1. 보험기간 종료일이 6개월 이내인 유효한 계약 또는 보험기간이 종료된 이후 3개월이 지나지 아니한 계약.
2. 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 이상인 계약.
단, 이미 납입한 보험료 총액은 증권에 기재된 영업보험료(약관에서 정한 방법에 따라 계약자가 임의 또는 수시로 납입하는 보험료는 제외)를 대상으로 하며, 이미 납입한 보험료 총액이 100만원 미만인 계약에 대해서는 우리회사에 가입한지 1년 이상 경과한 유효한 다른 장기손해보험 계약이 있을 경우 그 계약의 이미 납입한 보험료 총액과 합산하여 계산함.

제2조 (보험요율의 적용)

이 특약을 부가하는 장기손해보험 계약에 대하여 회사가 정한 기준에 따라 할인한 보험요율을 적용합니다.

제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(HI1106) 1종 전환계약 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특약에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

무배당 하이라이프굿앤굿어린이CI보험(Hi1106) 1종 별표

[별표1] 장애 분류표	..... 별표-1	[별표16] 장애의 대상 분류표	..... 별표-20
[별표2] 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표	..... 별표-9	[별표17] 심한장애의 대상 분류표	..... 별표-21
[별표3] 골절 분류표	..... 별표-11	[별표18] 의료기관의 시설규격	..... 별표-21
[별표4] 5대골절 분류표	..... 별표-11	[별표19] 식중독 분류표	..... 별표-22
[별표5] 화상 분류표	..... 별표-12	[별표20] 임신·출산 관련 질환 분류표	..... 별표-23
[별표6] 다발성 소아암 분류표	..... 별표-12	[별표21] 유산 분류표	..... 별표-23
[별표7] 다발성 소아암 이외의 암 분류표	..... 별표-13	[별표22] 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표	..... 별표-24
[별표8] 제자리 신생물 분류표	..... 별표-13	[별표23] 정신 및 행동장애 분류표	..... 별표-24
[별표9] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	..... 별표-14	[별표24] 중대한 특정상해 분류표	..... 별표-25
[별표10] 악성신생물(암) 분류표	..... 별표-14	[별표25] 비급여대상	..... 별표-25
[별표11] 질병 특정고도장애 판정기준	..... 별표-15	[별표26] 충수염(맹장염) 분류표	..... 별표-27
[별표12] 양성뇌종양 분류표	..... 별표-18	[별표27] 당뇨병 분류표	..... 별표-27
[별표13] 특정전염병 분류표	..... 별표-18	[별표28] 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표	..... 별표-28
[별표14] 장애인의기준(장애인 복지법시행령 제2조관련)	..... 별표-19	[별표29] 자동차사고 부상 등급표	..... 별표-28
[별표15] 인슐린 의존 당뇨병 대상 질병 분류표	..... 별표-19	[별표30] 뇌졸중 분류표	..... 별표-31

[별표31] 급성심근경색증 분류표	.....	별표-32
[별표32] 교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서	.....	별표-32
[별표33] 특정부위 분류표	.....	별표-33
[별표34] 특정질병 분류표	.....	별표-34

[별표1]

가적으로 기재하여야 한다.

장해분류표

제2장 장해분류별 판정기준

제1장 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”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 장해에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태에서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장해의 경우 ① 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 주

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 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 장해정도를 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 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등에 의해 의

무배당 하이브리프콘크리트인디보험(HI1106) 1중

안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)” 으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)” 으로 지급률을 가산한다.

- 1) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때” 에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 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 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

- 1) “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때” 라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 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 장해를 남긴 때” 라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㄹ, ㅂ, ㅍ)

- ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
- ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
- ④ 후두음(ㅇ, ㆁ)
- 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) 유상치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장치치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 두개골의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
 - ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 두개골의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - ② 두개골과 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 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 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상 각도와 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애 각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은
 - ① 완전 강직(관절고음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 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 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리” 라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절” 이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때” 라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도와 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(관절고음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

- 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) “약간의 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정위 합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신 운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를

말한다.

- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때” 라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉복부장기 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 평생도 록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 위, 대장 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생 하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

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

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때” 라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 능력이 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 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에

걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

[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 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걸지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 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 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 계속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마ური(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

[별표2]

여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표

약관에서 규정하는 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
I. 유산된 임신	
자궁외 임신	000
포상기태	001
기타 이상 임신부산물	002
자연유산	003
의학적 유산	004
기타 유산	005
상세불명의 유산	006
시도된 유산의 실패	007
유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증	008
II. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	
임신, 출산 및 산후에 합병된 선재성 고혈압	010
부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압 장애	011
고혈압을 동반하지 않은 임신성(임신유도성)부종 및 단백뇨	012
의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성(임신유도성)고혈압	013
의미있는 단백뇨를 동반한 임신성(임신유도성)고혈압	014
자간증	015
상세불명의 모성 고혈압	016
III. 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애	
초기 임신중 출혈	020
임신중 과다 구토	021
임신중 정맥 합병증	022
임신중 비요생식기의 감염	023
임신중 당뇨병	024
임신중 영양실조	025
주로 임신과 관련된 기타 병태의 산모관리	026
산모의 산전 선별검사의 이상 소견	028
임신중 마취의 합병증	029

대상이 되는 질병	분류번호
IV. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	
다태임신	030
다태임신에 특이한 합병증	031
태아의 알려진 또는 의심되는 태위장애의 산모관리	032
알려진 또는 의심되는 불규형의 산모관리	033
골반 기관의 알려진 또는 의심되는 이상의 산모관리	034
알려진 또는 의심되는 태아이상 및 손상의 산모관리	035
기타 알려진 또는 의심되는 태아문제의 산모관리	036
양수과다증	040
양수 및 양막의 기타장애	041
양막의 조기파열	042
태반장애	043
전치 태반	044
태반의 조기분리 (태반조기박리)	045
달리 분류되지 않은 분만전 출혈	046
가진통	047
자연임신	048
V. 진통 및 분만의 합병증	
조기분만	060
유도분만의 실패	061
분만력의 이상	062
자연 분만	063
태아의 위치이상으로 인한 난산	064
모성 골반이상으로 인한 난산	065
기타 난산	066
달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만	067
태아 스트레스(곤란)가 합병된 진통 및 분만	068
땃줄 합병증이 합병된 진통 및 분만	069
분만중 회음부 열상	070
기타 산과적 외상	071
분만 후 출혈	072
출혈이 없는 잔류 태반 및 양막	073
진통 및 분만중 마취제 합병증	074
달리 분류되지 않은 진통 및 분만의 기타 합병증	075

대상이 되는 질병	분류번호
VI. 분만	
단일 자연분만	080
집게(겸자) 및 진공 흡착기에 의한 단일 분만	081
제왕절개에 의한 단일분만	082
기타 보조 단일 분만	083
다태 분만	084
VII. 주로 산후기에 관련된 합병증	
산후기 패혈증	085
기타 산후기 감염	086
산후기중 정맥성 합병증	087
산과적 색전증	088
산후기중 마취제의 합병증	089
달리 분류되지 않은 산후기의 합병증	090
출산과 관련된 유방의 감염	091
출산과 관련된 유방 및 수유의 기타장애	092

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

골절 분류표

약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

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

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

5대골절 분류표

약관에서 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

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

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

화상 분류표

약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

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

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

다발성 소아암 분류표

약관에서 규정하는 “다발성 소아암” 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 악성신생물	C70
2. 뇌의 악성신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
4. 호지킨림프종	C81
5. 소포성 림프종	C82
6. 비소포성 림프종	C83
7. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
8. 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
9. 림프성 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
15. 만성 골수증식질환	D47.1
16. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

다발성 소아암 이외의 암 분류표

약관에서 규정하는 “다발성 소아암 이외의 암” 으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	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. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43-C44
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 및 부속기의 악성신생물(암)	C69
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
14. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
15. 악성 면역증식질환	C88
16. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
17. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
21. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8]

제자리 신생물 분류표

약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

행동양식 불명 또는 이상의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 “경계성종양”으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 이상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D48

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10]

악성신생물(암) 분류표

약관에서 규정하는 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43-C44
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- 1) 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2) 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표11]

질병 특정고도장해 판정기준

질병 특정고도장해는 다음에 적은 장애상태를 말합니다. 각 장애상태의 세부 판정기준, 판정 시기, 장애인단전문의 및 장애인단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔·다리의 절단장해

- (1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- (2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우
- (3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

2. 팔·다리의 기능장해

- (1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
- (2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- (3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- (4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- (5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
- (6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- (7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50% 이상 감소된 경우
- (8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
- (9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- (10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50% 이상 감소된 경우
 - ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
 - ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
 - ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
 - ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

3. 척추의 기능장해

- (1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 유지하기 어려운 경우
 - ※ 척추의 기능장해는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장해

- (1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 50m 이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우
- (2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 들리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 옮기는 일 등은 거의 할 수 없는 경우
- (3) 아래 7.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장해

- (1) 좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 경우
 - ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
 - ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장해

- (1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우
 - ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장애가 발생되어 아래의 장해 중 2가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장해

- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우
- ④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장해

- ① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
- ② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
- ③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
- ④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우

- ⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
 - ⑥ 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
 - ⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우
 - ⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
 - ⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우
 - ⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 경우
 - ⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
 - ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
 - ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 않습니다.
 - ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
 - ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
 - ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.
- (3) 뇌병변장해
- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 100m 이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기가 매우 어려운 경우
 - ② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변 처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 들리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 경우
 - ③ 아래 8.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우
- (4) 시각장해
- ① 좋은 눈의 시력이 0.08 이하인 경우
 - ② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우
 - ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
 - ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.
- (5) 청각장해
- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우
 - ② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우
 - ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

- (6) 언어장해
- ① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애
 - ② 말의 흐름이 97% 이상 방해를 받는 말더듬
 - ③ 자음정확도가 30% 미만인 조음장애
 - ④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25 미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
 - ⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25 미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
 - ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.
8. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 위 7.의 장해 중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장해 중 1가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)
- (1) 팔·다리의 절단장해
- ① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우
 - ② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
 - ③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
 - ④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우
 - ⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우
- (2) 팔·다리의 기능장해
- ① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
 - ② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
 - ③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
 - ④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
 - ⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
 - ⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
 - ⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
 - ⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우

- ⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75% 이상 감소한 경우
 - ⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
 - ⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 경우
 - ⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 경우
 - ⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 경우
 - ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
 - ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
 - ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
 - ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.
- (3) 뇌병변장해
- ① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우
 - ② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
 - ③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ㉠와 ㉡에 동시에 해당되는 경우
 - ㉠ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우
 - ㉡ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우
- (4) 시각장해
- ① 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 경우
 - ② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우
 - ※ 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
 - ※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

- (5) 청각장해
- ① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우
 - ② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 경우
 - ③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우
 - ※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.
- (6) 언어장해
- ① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
 - ② 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
 - ③ 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
 - ④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
 - ⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
 - ※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

[별표12]

양성뇌종양 분류표

- 가. 양성뇌종양이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- 나. 위 가.의 양성뇌종양은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말합니다.
- 다. 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.
- 라. 양성뇌종양의 진단 확정은 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

[별표13]

특정전염병 분류표

약관에서 규정하는 특정전염병으로 분류되는 전염병은 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조에서 규정하고 있는 감염병 중 다음에 해당하는 전염병을 말합니다.

대상전염병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1 - A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33 - A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진(독일홍역)	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
제항균인병	A48.1 - A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 중추균을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50 - B54

[별표14]

장애인의 기준(장애인 복지법시행령 제2조 관련)

다음의 장애인의 기준은 장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)에서 정하는 별표1에 따릅니다.

1. 시각장애인	2. 청각장애인	3. 언어장애인
가. 나쁜 눈의 시력(만국식 시력표에 따라 측정된 것을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람 라. 평형기능에 상당한 장애가 있는 사람	음성 기능 또는 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

[별표15]

인슐린의존 당뇨병 분류표

약관에서 규정하는 인슐린의존 당뇨병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
인슐린 의존 당뇨병	E10

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표16]

장애의 대상 분류표

대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보장하지 아니합니다.

1. 순환기계 기형

(1) 심실중격결손증

좌우 심실의 사이에 작은 구멍이 있어 심장이 수축할 때 압력이 높은 좌심실로부터 압력이 낮은 우심실로 혈액이 역류하는 것. 따라서, 우심실에 부담이 생겨 나중에 심부전을 일으킨다.

(2) 심방중격결손증

좌우의 심방사이에 구멍이 있는 경우

2. 근골격계 기형

(1) 다지증 : 지(指, 趾)가 6개 이상 있는 경우

(2) 합지증 : 지(指, 趾)가 붙어 있는 경우

(3) 결지증 : 지(指, 趾)가 부족한 경우

(4) 열수(족) : 합지(趾)증이 심화되어 지(趾)가 붙어 있어야 할 곳보다 안쪽까지 찢어져 있는 경우

(5) 내반수(족) : 手(足)가 전체로써 안쪽으로 휘어져 手(足)의 뒤쪽이 안쪽의 방향으로 향하여 있는 경우

(6) 사경 : 목 한쪽이 휘어져 턱이 반대쪽에 올라간 상태의 경우

3. 소화기계 기형

(1) 토순 : 윗입술이 찢어진 경우(중양이 찢겨있는 경우, 혹은 우 또는 좌로 치우쳐진 곳에 찢겨져 있는 경우)

(2) 구개열 : 토순보다 더욱 심한 것으로 입은 구개골에 파열이 생기는 경우

(3) 선천성식도폐색증 : 식도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우

(4) 선천성장폐색증 : 장이 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우

(5) 선천성담도폐색증 : 담도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우(본 증상을 가지고 있는 경우에는 십이지장에 담즙이 되지 않음)

(6) 선천성항문폐색증 : 항문이 폐쇄되어 있는 경우

4. 뇌신경계 기형

(1) 수도증 : 뇌척수액의 증가로 뇌실비대에 의해 머리가 커진 경우

(2) 척추파열 : 척추중앙에 깨진 선이 있어 그곳으로부터 척수나 척수막 등이 바깥으로 부풀어져 나온 경우

5. 비뇨생식기계 기형

(1) 요도상열 : 단순히 귀두 뒷면에 찢어진 선이 있는 경우나 때로는 음순하면 전장에 열구가 있는 경우

(2) 요도하열 : 요도가 음 선단에 미치지 못하고 음 하면에 개구가 있는 경우, 개구가 열상을 가지고 있는 경우

(3) 선천성요도폐색증 : 요도가 폐쇄되어 있거나 협착상태에 있는 경우

(4) 반응양 : 남성이면서 외음부가 여성처럼 보이는 경우, 여성이면서 남성처럼 보이는 경우를 말한다. 전자의 경우가 많고 이것을 남성여성반응양이라 한다.

6. 감각기계 기형

외이도폐쇄 : 외이도가 태어나면서 폐쇄한 상태에 있는 경우

7. 웨닐케톤뇨증 : 선천성대사이상의 일종으로 방치해두면 정신박약으로 된다. 치료는 페니르알린을 제거한 특수우유와 특수한 식사를 계속적으로 제공하는 방법에 의하지만 치료는 생후 2~3개월 이내에 치료하지 않으면 지능저하를 피할 수 없다. 그러므로 생후 1개월에 집단선별검사(신생아 선천성 대사이상 스크리닝 검사)를 행할 필요가 있다.

[별표17]

심한장애의 대상 분류표

대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보장하지 아니합니다.

1. 중증 기형

(1) 심한 포코멜리아(단지증, Phocomelia) : 사지의 장골에 결손 또는 단축이 있어 수족이 직접 또는 단축한 장골을 가지고 체구에 부착하고 있는 상태의 경우. 사지의 이상은 상지에서 잘 보이며 하지의 이상은 드문 경우이며, 이 기형은 탈리도마이드(Thalidomide)계통제제를 사용하는 경우에 발생할 수 있다.

(2) 무지증 : 사지가 완전하게 결손한 경우로서 상당히 심한 기형인 것

(3) 절단증 : 태아일 때 사지가 양막에 말려있는 상태로 있어서 사지가 절단된 경우

2. 뇌성마비

뇌성마비란 (－)임신중의 장애, (－)출생시의 장애, (－)출생후 영아기의 장애 등에 의해 뇌조직에 이상을 초래해 수족이나 발성이 자유롭게 되지 않는 병이다. 뇌성마비의 원인으로 (－)임신중의 장애, (－)출생시의 장애에 의한 것 이외에 교통사고에 의한 외상성 장애 등이 있으나 이 보험에서 담보하는 것은 임신중 또는 출산시의 장애에 인한 뇌성마비에 한한다.

3. 다운증후군의 염색체이상의 기형

21번째 염색체에 이상이 있는 경우에 있어 얼굴이 넓적하고 코가 작고 안열이 위로 빼돌어져 사행하는 등 다운증후군의 특징적 얼굴형태를 가지는 경우로 근육긴장감퇴, 지능저하(장애) 등의 주요증상이 보인다.

[별표18]

의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 별표4에 따르며, 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

1. 입원실

가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조 제1항 제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.

나. 입원실의 면적은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 6.3㎡ 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 4.3㎡ 이상으로 하여야 한다.

다. 소아만을 수용하는 입원실의 면적은 위 “나”의 입원실 면적의 3분의 2 이상으로 할 수 있다. 다만, 입원실 한 개의 면적은 6.3㎡ 이상이어야 한다.

라. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.

마. 전염성 질환자의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 전염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 10㎡ 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 “신생아중환자실”이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5㎡ 이상으로 한다. 이 경우 “병상 1개당 면적”은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

[별표19]

식중독 분류표

약관에서 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표20]

임신·출산 관련 질환 분류표

약관에서 규정하는 임신·출산 관련 질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
2. 주로 임신과 관련된 기타 모성장애	020 ~ 029
3. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	030 ~ 048
4. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표21]

유산 분류표

약관에서 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	000
2. 포상기태	001
3. 기타 비정상적 수태부산물	002
4. 자연유산	003
5. 의학적 유산	004
6. 기타유산	005
7. 상세불명의 유산	006
8. 시도된 유산의 실패	007
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	008

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표22]

출생전후기에 발생한 주요병태 분류표

약관에서 규정하는 “출생전후기에 발생한 주요병태” 로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 - P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05 - P08
3. 출산외상	P10 - P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 - P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35 - P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 - P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70 - P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75 - P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80 - P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90 - P96

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표23]

정신 및 행동장애 분류표

약관에서 규정하는 정신 및 행동장애로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 증상성을 포함하는 기질성 정신장애	F00 ~ F09
2. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애	F20 ~ F29
3. 기분(정동) 장애	F30 ~ F39
4. 신경증적, 스트레스-연관 및 신체형 장애	F40 ~ F48
5. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군	F50 ~ F59
6. 성인 인격 및 행동의 장애	F60 ~ F69
7. 정신지연	F70 ~ F79
8. 정신 발달 장애	F80 ~ F89
9. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애	F90 ~ F98
10. 상세불명의 정신 장애	F99

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표24]

중대한 특정상해 분류표

약관에서 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

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

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표25]

비급여대상

다음의 비급여대상은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상) 제1호에서 정하는 별표2에 따릅니다.

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비요생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosiis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. <삭제>
 - 라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거

라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료(치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아를 가진 만 6세 이상 14세 이하 소아의 제1대구치에 대한 치면열구전색 제외)마. 말미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사

사. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 영 제24조제2항 및 제8조제4항의 규정에 의하여 고시한 상대가치점수로 산정한 입원료(이하 "기본입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(1) 의료법령에 의하여 허가를 받거나 신고한 병상 중 기본입원료만을 산정하는 병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 경우. 다만, 집중치료, 신생아 입원, 무균치료, 격리치료, 강내치료 또는 방사성옥소입원치료를 위한 입원실의 병상은 상급병상 및 일반병상에서 제외한다.

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 삭제 <2006.5.19>

다. 법 제46조에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구

라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등 포함)

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지가족부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 「의료법」 제46조에 따른 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 의하여 요양급여대상 또는 비급여 대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등. 다만, 제11조제4항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 의하여 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 신의료기술 등을 제외한다.

거. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 사목, 제4호거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.

가. 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여대상으로 승인받은 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[별표26]

총수염(맹장염) 분류표

약관에서 규정하는 총수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
총수(맹장)의 질환	K35 ~ K38

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표27]

당뇨병 분류표

약관에서 규정하는 당뇨병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
당뇨병	E10 ~ E14

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 규정하는 질병에 해당하는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표28]

선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표

약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35-Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50-Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천기형	Q80-Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90-Q99

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표29]

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해보상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 부 위
1급	1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행한 상해 4. 외상성 두개강 안의 출혈로 개두술을 시행한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 또는 경막하 수종, 수혈 액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 상해 6. 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 8. 경골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상·좌창·괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 상해(몸표면의 9퍼센트 이상의 상해) 10. 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 상해 11. 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 상박골 분쇄성 골절 2. 척추체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 또는 경추 탈구(아 탈구 포함), 골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 상해 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 상해 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 상해 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 상해 7. 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해 8. 천장골 간 관절 탈구

상해급별	상 해 부 위
2급	9. 슬관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내·외측 반월상 연골이 전부 파열된 상해 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 상해 8. 경골 과부 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 상해 또는 족근중족(Lisfranc) 관절의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 상해 또는 복강내출혈로 수술한 상해 12. 뇌손상으로 뇌진경 마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 상해 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 상해 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 건갑 관절부위의 회전근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절

상해급별	상 해 부 위
4급	7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 상해 또는 개방성 공막열창으로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 상해 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 상해 11. 슬관절부의 내·외측부 인대, 전·후십자 인대, 내·외측 반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경·비골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니세 골절 등을 포함한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 상해 3. 족중골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 상해 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 상해 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 상해 13. 거골 골절(경부는 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 아니한 소아의 경·비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골·좌골·장골·천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 상해 6. 치골 상·하지 골절 또는 양측 치골 골절

무배당 하이브리프콘크리트어린이보호함(HI1106) 1중

상해급별	상 해 부 위
6급	7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절은 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 상해 13. 외상성 경막하 수종, 수혈액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 수술하지 아니한 상해(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 15. 상악골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상태 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족관절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부골극 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결함부 이개 9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 아니한 상해 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오웨들기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절 내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 경미한 상해 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상

상해급별	상 해 부 위
8급	12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 상해 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 척주골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 요골 골두골 골절 3. 완관절 내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골은 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골·종골은 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경·비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분파열 10. 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 아니한 경우 11. 척주체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대·근육 등) 손상이 동반된 상해 12. 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 아니한 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하 요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 아니한 상해 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 아니한 경우 16. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골 간 관절 탈구 3. 손목뼈 손바닥뼈 간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절) 염좌 5. 척골·요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절, 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다] 6. 손가락 신전근건 파열 7. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 부 위
11급	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절·탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 8일 이상 14일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 15일 이상 26일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
13급	1. 4일 이상 7일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 8일 이상 14일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
14급	1. 3일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 7일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
<p>< 비교 ></p> <p>1. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.</p> <p>2. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다.</p> <p>3. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예: 상해내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.</p> <p>4. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위에서 상해 등급별 해당 금액의 합산액을 배상한다.</p>	

[별표30]

뇌졸중 분류표

약관에서 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 지주막하 출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표31]

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표32]

교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항·제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소)·제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

상기와 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

[별표33]

특정부위분류표

구분	특 정 부 위
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 또는 설하선
10	귀 (외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 및 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기 (안경, 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 (고환초막 포함), 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)

구분	특 정 부 위
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 입술 포함)
37	상·하악골
38	수골
39	족골
40	좌수부
41	우수부
42	좌족부
43	우족부
44	부갑상샘
45	골반강
46	여성외부생식기계

[별표34]

특정질병분류표

약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
1	심장질환	100 ~ 102 105 ~ 109 120 ~ 125 126 ~ 128 130 ~ 152
2	뇌혈관질환	160 ~ 169
3	당뇨병	E10 ~ E14, O24
4	고혈압질환	I10 ~ I13, I15
5	결핵	A15 ~ A19 B90
6	담석증	K80
7	요로결석증	N20, N21, N23
8	골관절증 및 류마티스관절염	M05 ~ M06 M08 M15 ~ M19
9	등병증	M40 ~ M43 M45 ~ M51 M53 ~ M54
10	골반염	N73 ~ N74
11	자궁내막증	N80
12	자궁의 평활근종	O25

구 분	대 상 질 병	분류번호
13	하지의 정맥류	I83
14	임신중독증	O11 ~ O15
15	통풍	E79, M10
16	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
17	사시	H49 ~ H51
18	탈장	K40 ~ K46, N43
19	유산	N96, O00 ~ O08 O20
20	복막의 질환	K65 ~ K67
21	골다공증	M80 ~ M82
22	장염	A04, A05, A08, A09, K52
23	천식	J45 ~ J46
24	난소의 양성신생물	O27
25	바르톨린샘의 질환	N75
26	여성 생식관의 폴립	N84
27	백내장	H25 ~ H26

제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

A large rectangular area with a blue border, containing horizontal dotted lines for writing.

MEMO

A large rectangular area with a blue border and horizontal dotted lines, intended for writing a memo. The area is mostly empty, with the word 'MEMO' in a blue box at the top right corner.